



UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

ESSAI DE 3<sup>E</sup> CYCLE PRÉSENTÉ À  
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À CHICOUTIMI

COMME EXIGENCE PARTIELLE  
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE  
(PROFIL INTERVENTION)

PAR  
ANNIE FERLAND

ÉTUDE EXPLORATOIRE SUR LES ASSOCIATIONS ENTRE LA  
PLEINE CONSCIENCE DU PSYCHOLOGUE ET  
L'ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE DANS LE  
PROCESSUS DE PSYCHOTHÉRAPIE

AVRIL 2019

## Sommaire

Les recherches récentes tendent à démontrer que la pleine conscience (*mindfulness*) aurait des effets bénéfiques chez les professionnels de la santé et qu'elle pourrait contribuer au développement des attitudes nécessaires chez le psychologue pour développer et maintenir une bonne alliance thérapeutique avec ses patients, telles que l'empathie, l'acceptation sans jugement, l'attention, la compassion, la présence et l'autorégulation émotionnelle (Grégoire, Lachance, & Richer, 2016; Cantero, 2015; (Grepmair, Mitterlehner, Rother, & Nickel, 2006; Grepmair, Mitterlehner, Loew, & Nickel, 2007; Grepmair, Mitterlehner, & Nickel, 2008; Wang, 2006; Beddoe & Murphy, 2004). Cette étude visait à explorer les associations présentes entre la pleine conscience du psychologue et la qualité de l'alliance thérapeutique perçue par le psychologue et par le patient, indépendamment de la désirabilité sociale du psychologue et de la symptomatologie du patient. En raison de difficultés rencontrées lors du recrutement échelonné sur deux ans et des contraintes de temps associées à la formation doctorale, la taille de l'échantillon est de 12 (6 dyades psychologues-clients). L'alliance thérapeutique a été mesurée à deux reprises dans le processus de psychothérapie, soit entre la troisième et la cinquième séance (T1), ainsi qu'entre la septième et la neuvième séance (T2). Les questions de recherche initiales, qui supposaient que la pleine conscience du psychologue au T1 pourrait prédire la qualité de l'alliance thérapeutique au T2, n'ont pu être répondues en raison de la taille échantillonnale. Les résultats des corrélations de Spearman indiquent qu'aucune association significative n'a été obtenue entre la pleine conscience du psychologue au T1

et l'alliance thérapeutique perçue par le psychologue et par le patient au T2. À la lumière de données plus récentes permettant de supposer que le T2 coïncidait avec un moment du processus propice aux résistances du patient et aux fluctuations de l'alliance thérapeutique, des analyses supplémentaires ont été menées pour détecter des associations entre la pleine conscience du psychologue et l'alliance thérapeutique perçue par le psychologue et par le patient au T1. Ces analyses supplémentaires ont permis de mettre en lumière des associations positives entre la pleine conscience du psychologue et l'alliance thérapeutique perçue par le psychologue et par le patient au T1, ainsi qu'entre certaines de leurs composantes. Des analyses supplémentaires ont également été menées entre l'alliance thérapeutique perçue par le psychologue et celle perçue par le patient, ainsi qu'entre la qualité d'une même alliance thérapeutique aux T1 et T2. Les résultats de la présente étude vont dans le même sens que les chercheurs suggérant un lien entre les habiletés liées à la pleine conscience chez le psychologue et la qualité de l'alliance thérapeutique. Cette recherche suggère également que la perception du psychologue et celle du patient des différentes composantes de l'alliance thérapeutique à des moments distincts du processus de psychothérapie sont liées entre elles. Les futures études portant sur ces variables devraient viser une taille échantillonnale plus grande par le biais de milieux cliniques ayant un mandat de recherche établi.

## Table des matières

<b>Sommaire .....</b>	<b>i</b>
<b>Table des matières .....</b>	<b>iii</b>
<b>Liste des tableaux .....</b>	<b>vii</b>
<b>Liste des abréviations.....</b>	<b>viii</b>
<b>Remerciements .....</b>	<b>ix</b>
<b>Introduction .....</b>	<b>1</b>
<b>Contexte théorique.....</b>	<b>5</b>
<b>La pleine conscience.....</b>	<b>6</b>
Historique.....	6
Définition de la pleine conscience .....	8
Études portant sur la pleine conscience et ses effets sur la population générale .....	11
Études portant sur la pleine conscience et ses effets sur les professionnels de la santé.....	12
<b>L'alliance thérapeutique.....</b>	<b>15</b>
Définition de l'alliance thérapeutique .....	15
Études portant sur l'alliance thérapeutique .....	18
<b>Études portant sur la pleine conscience du psychologue et l'alliance thérapeutique.....</b>	<b>19</b>
Études portant sur la pleine conscience du psychologue et l'alliance thérapeutique perçue par le psychologue.....	20
Études portant sur la pleine conscience du psychologue et l'alliance thérapeutique perçue par le patient .....	22
Études portant sur la pleine conscience du psychologue et l'alliance thérapeutique perçue par le psychologue et le patient .....	23
<b>La désirabilité sociale.....</b>	<b>26</b>
<b>La symptomatologie du patient .....</b>	<b>27</b>

<b>Objectifs de l'étude et questions de recherche .....</b>	<b>27</b>
<b>Méthode.....</b>	<b>29</b>
<b>Participants.....</b>	<b>30</b>
<b>Variables à l'étude .....</b>	<b>31</b>
<b>Instruments de mesure .....</b>	<b>31</b>
Informations sociodémographiques du psychologue .....	32
Informations sociodémographiques du patient .....	32
Pleine conscience du psychologue .....	32
Alliance thérapeutique perçue par le psychologue.....	34
Alliance thérapeutique perçue par le patient .....	36
Désirabilité sociale du psychologue.....	37
Symptomatologie du patient .....	38
<b>Procédure .....</b>	<b>39</b>
Recrutement des participants .....	39
Lime Survey .....	41
Feuilles de directives et codes d'accès sécurisés .....	42
Déroulement des passations .....	43
<b>Plan de l'expérience.....</b>	<b>45</b>
<b>Analyses statistiques effectuées.....</b>	<b>46</b>
<b>Résultats .....</b>	<b>48</b>
<b>Procédures préliminaires.....</b>	<b>49</b>
<b>Analyses descriptives .....</b>	<b>50</b>
Description de l'échantillon .....	50
<b>Pleine conscience du psychologue au premier temps de mesure .....</b>	<b>54</b>
Alliance thérapeutique perçue par le psychologue et le patient aux T1 et T2 .....	55
Variables contrôle .....	58
<b>Corrélations de Spearman.....</b>	<b>59</b>
Description de l'analyse.....	59

Analyses principales sur la pleine conscience du psychologue au T1 et l'alliance thérapeutique perçue par le psychologue et le patient au T2 .....	60
Pleine conscience du psychologue au T1 et alliance thérapeutique perçue par le psychologue au T2. ....	60
Pleine conscience du psychologue au T1 et alliance thérapeutique perçue par le patient au T2.....	61
Analyses supplémentaires sur la pleine conscience du psychologue et l'alliance thérapeutique perçue par le psychologue et le patient au T1 .....	61
Pleine conscience des psychologues et alliance thérapeutique perçue par le psychologue au T1. ....	63
Pleine conscience du psychologue et alliance thérapeutique perçue par le patient au T1. ....	63
Analyses supplémentaires sur l'alliance thérapeutique perçue par le psychologue et le patient aux T1 et T2 .....	64
Alliance thérapeutique perçue par le psychologue aux T1 et T2.....	65
Alliance thérapeutique perçue par le patient aux T1 et T2. ....	66
Alliance thérapeutique perçue par le psychologue au T1 et par le patient au T2.	66
Alliance thérapeutique perçue par le patient au T1 et par le psychologue au T2.	66
Désirabilité sociale du psychologue et symptomatologie du patient.....	66
<b>Discussion.....</b>	<b>69</b>
<b>Rappel des objectifs et des questions de recherche .....</b>	<b>70</b>
<b>Synthèse des résultats .....</b>	<b>71</b>
Questions de recherche initiales.....	71
Le T2, moment propice aux résistances.....	72
Analyses supplémentaires sur la pleine conscience (PC) du psychologue et l'alliance thérapeutique (AT) perçue par le psychologue et le patient au T1 .....	73
Pleine conscience totale et alliance thérapeutique totale perçue par le psychologue et le patient au T1.....	74

Action en pleine conscience de la PC et engagement du patient de l'AT perçu par le psychologue au T1. ....	76
Action en pleine conscience de la PC et capacité de travail du patient de l'AT perçue par le patient au T1. ....	77
Non-jugement de la PC et capacité de travail du patient de l'AT perçue par le psychologue au T1. ....	78
Non-jugement de la PC et consensus de stratégie de travail de l'AT perçu par le psychologue au T1. ....	79
Analyses supplémentaires sur l'alliance thérapeutique perçue par le psychologue et le patient aux T1 et T2 .....	80
Consensus de stratégie de travail de l'AT perçu par le patient au T1 et engagement du patient de l'AT perçu par le psychologue et le patient au T2. ....	80
Compréhension et implication du psychologue de l'AT perçues par le patient au T1 et consensus de stratégie de travail de l'AT perçu par le patient au T2. ....	82
Consensus de stratégie de travail de l'AT perçu par le psychologue au T1 et consensus de stratégie de travail de l'AT perçu par le patient au T2. ....	83
<b>Implications théoriques et pratiques .....</b>	<b>84</b>
<b>Forces et limites de l'étude .....</b>	<b>87</b>
<b>Pistes de recherches futures .....</b>	<b>90</b>
<b>Conclusion.....</b>	<b>92</b>
<b>Références .....</b>	<b>96</b>
<b>Appendice A.....</b>	<b>105</b>
<b>Appendice B.....</b>	<b>107</b>
<b>Appendice C.....</b>	<b>153</b>
<b>Appendice D.....</b>	<b>162</b>





## Liste des tableaux

Tableau 1. Questionnaires administrés selon les deux temps de mesure.....	45
Tableau 2. Caractéristiques professionnelles du psychologue.....	51
Tableau 3. Informations sociodémographiques du patient.....	53
Tableau 4. Statistiques descriptives de la pleine conscience du psychologue.....	55
Tableau 5. Statistiques descriptives de l'alliance thérapeutique perçue par le psychologue et le patient aux T1 et T2.....	57
Tableau 6. Statistiques descriptives des variables contrôle.....	59
Tableau 7. Associations entre la pleine conscience du psychologue et l'alliance thérapeutique perçue par le psychologue et le patient au T1.....	62
Tableau 8. Associations entre l'alliance thérapeutique perçue par le psychologue et le patient aux T1 et T2.....	65

### Liste des abréviations

PC : Pleine conscience

AT : Alliance thérapeutique

T1 : Premier temps de mesure entre la troisième et la cinquième séance de psychothérapie

T2 : Deuxième temps de mesure entre la septième et la neuvième séance de psychothérapie

PSY : Psychologue

PAT : Patient

## Remerciements

Je remercie d'abord ma directrice de recherche, Dre Claudie Émond, Ph.D. La teinte que tu as donnée à notre relation professionnelle m'a beaucoup appris. Je remercie également les membres de mon comité de correction, Dre Jacinthe Dion, Ph.D., et Dre Véronique Gagnon, D.Ps., pour leurs conseils judicieux et leurs bons mots. Merci aussi aux membres du corps professoral et aux professionnels de soutien qui nous aident à traverser les périodes d'angoisse et qui nous rappellent que nous pouvons y arriver, face à tous les défis qu'implique l'accomplissement d'un doctorat. Certains se reconnaîtront; d'autres ne mesurent peut-être pas l'impact d'un encouragement, même bénin, à ce stade-ci de notre formation. Vous avez su vous montrer inspirant et me transmettre votre passion.

Merci à ma famille, qui a su, fidèle à elle-même, me faire oublier les tracas quotidiens et m'aider à me centrer sur autre chose que les problématiques doctorales. Une mention spéciale à mon adorable filleule et mes neveux; un jour, vous comprendrez comment vos regards allumés ont pu me rappeler l'importance d'une relation, d'une alliance, thérapeutique ou non.

Merci aux trois incroyables personnes qui ont défriché le sentier avec moi jusqu'au bout : Kim, Alexandra et Jennifer. La relation que j'ai avec chacune de vous, mais aussi celle qui s'est solidement tricotée à quatre brins, de façon progressive mais constante, se sont montrées d'un soutien infailible. Tantôt en pleine construction affectivo-cognitive,

tantôt dissipées dans une régression nécessaire, mais toujours adéquates et prêtes à m'accompagner dans les zones difficilement supportables, vous avez été là. Vous êtes encore là, et le serez longtemps encore. Ce n'est assurément pas le dernier, mais le premier projet d'ampleur que j'ai partagé avec vous, et votre présence a allégé sa difficulté, tout en donnant du poids à son sens.

Un merci spécial à Marc-André, qui, bien qu'il soit arrivé plus tard que je l'aurais voulu, a bien su rattraper le temps perdu. Tu as su prendre une place qui, bien que disponible, n'était ni aisée, ni simple à prendre. Merci d'avoir porté des morceaux de ce projet sur tes épaules à plusieurs reprises, le temps que je reprenne mon souffle. Je t'aime, et mes épaules sont prêtes à te rendre la pareille.

## **Introduction**

Le concept de pleine conscience (présence attentive, *mindfulness*) est devenu, dans les dernières décennies, un concept phare dans le domaine de la santé. En effet, non seulement des traitements thérapeutiques basés sur ce concept ont été mis en place dans plusieurs domaines, mais la pratique de la pleine conscience a récemment été associée au bien-être des psychologues<sup>1</sup> et à des résultats thérapeutiques positifs (Baer, Smith, & Allen, 2004; Brito, 2014; Brown & Ryan, 2003; Ryan, Safran, Doran, & Muran, 2012).

Germer, Siegel et Fulton (2005) soutiennent que la majorité des programmes de formation universitaire en psychologie offrent un apprentissage intéressant des techniques et différents traitements existants, mais axent trop peu sur l'apprentissage pratique des caractéristiques nécessaires pour développer et maintenir une bonne alliance thérapeutique dans le processus de psychothérapie. Les habiletés du<sup>2</sup> psychologue mobilisées dans la mise en place et le maintien de l'alliance thérapeutique comme la chaleur, le regard positif inconditionnel ou l'acceptation ainsi que l'authenticité seraient en effet difficiles à enseigner (Lambert & Simon, 2008). Lecomte

1. Le terme *psychologue* sera employé pour parler de la population à l'étude, puisque les participants ont une formation aux cycles supérieurs en psychologie et détiennent un permis de l'Ordre des psychologues du Québec. Les termes thérapeute, aidant ou conseiller ont été gardés quand cela permettait de rapporter avec une plus grande précision les propos d'un chercheur ou d'un auteur, ou dans le cas d'une terminaison choisie dans la composante d'une échelle utilisée.

2. Dans le cadre de cet essai, le masculin sera employé à titre épique.

(2012) expose la difficulté pour un psychologue d'utiliser sa disponibilité émotionnelle pour accompagner ses patients<sup>1</sup> dans leur souffrance quand « la plupart des psychothérapeutes se sont chacun à leur manière construits en se dissociant de leur monde propre expérientiel pour survivre dans des expériences émotionnelles intenses et maintenir leur lien avec des êtres significatifs » (p. 30). Ainsi, toujours selon Lecomte (2012), pour donner de la profondeur à son engagement et pour améliorer l'alliance thérapeutique, le psychologue doit intégrer de façon cohérente son modèle théorique, sa théorie personnelle de la souffrance et de la guérison, sa personnalité, ses valeurs, ses croyances et ses expériences de vie. Le chercheur ajoute que le développement d'une capacité réflexive et d'une disponibilité attentionnelle et émotionnelle au mouvement intersubjectif de l'alliance thérapeutique permettrait au psychologue de mieux cerner les besoins spécifiques du patient et d'adapter le cadre de la thérapie en conséquence (Lecomte, 2012). Lecomte, Savard, Drouin et Guillon (2004) soutiennent que cette position réflexive permettrait au psychologue d'utiliser sa sensibilité pour détecter les ruptures d'alliance thérapeutique et d'explorer celles-ci avec ouverture et d'une manière moins défensive face aux émotions, pensées et actions du patient. Cette problématique concernant la formation à une capacité réflexive qui peut favoriser chez le psychologue l'établissement et le maintien d'une bonne alliance thérapeutique est précisément le champ où la pleine conscience peut apporter une amélioration significative. La pleine conscience aurait un double bénéfice: elle peut non seulement servir comme une

1. Le terme *patient* sera employé pour décrire la population à l'étude. Il désigne l'individu qui souffre, qui reçoit des soins (Pierron, 2007). Le terme *client* a été gardé quand cela permettait de rapporter avec une plus grande précision les propos d'un chercheur ou d'un auteur.



stratégie pour prendre soin de soi pour les psychologues vivant un taux élevé de stress, mais également comme une formation aux habiletés qui permettront aux professionnels d'améliorer l'alliance thérapeutique (May & O'Donovan, 2007; Shapiro, Brown, & Biegel, 2007). Il y a une décennie, le peu d'études empiriques portant sur la manière de développer les qualités relationnelles des psychologues était déploré (Castonguay, Constantino et Holtforth, 2006). Depuis, les chercheurs ont commencé à se pencher davantage sur les habiletés et les caractéristiques du psychologue qui améliorent l'alliance thérapeutique et la manière de favoriser le développement de celles-ci (Kaplan, 2013). Certains auteurs prônent ainsi une place plus importante de la pleine conscience dans la formation des psychologues (Grepmair et al., 2006; Grepmair et al., 2007; Grepmair et al., 2008).

La présente étude porte sur l'examen de l'association entre la pleine conscience du psychologue et la qualité de l'alliance thérapeutique dans le processus de psychothérapie. Elle vise à déterminer si la pleine conscience est corrélée à la qualité de l'alliance thérapeutique perçue par le psychologue et par le patient, indépendamment de la désirabilité sociale du psychologue et de la symptomatologie du patient. Le présent essai se divise en quatre sections : le contexte théorique, la méthode de recherche, les résultats et la discussion.

## **Contexte théorique**

Le contexte théorique comporte quatre sections principales. La première permet de présenter l'historique du concept de pleine conscience, de définir celui-ci et de recenser les études ayant porté sur la pleine conscience chez le psychologue. La deuxième partie présente la définition du concept d'alliance thérapeutique et la recension des études ayant porté sur cette notion. La troisième section consiste en une recension des recherches ayant porté sur les deux variables principales de la présente étude, soit la pleine conscience du psychologue et l'alliance thérapeutique. La quatrième et dernière section expose les buts et hypothèses de recherche.

## **La pleine conscience**

### **Historique**

Les origines de la pleine conscience remontent aux théories bouddhistes orientales où elle était cultivée par la pratique de la méditation (Padilla, 2010). À l'origine, la méditation par la pleine conscience est un processus cognitif par lequel l'individu identifie ses pensées et modifie la relation qu'il entretient avec elles (Padilla, 2010). Bien que la naissance du concept et la pratique par la méditation remontent au Bouddhisme, Bruce, Manber, Shapiro et Constantino (2010) soutiennent que le processus psychologique impliqué dans la pleine conscience est applicable dans de nombreux domaines et n'est plus limité aux théories orientales. Selon Magid (2002), la pleine conscience viserait la diminution de la

réactivité de l'individu face au moment présent et donc une plus grande acceptation de ce qui lui arrive. La méditation par la pleine conscience permettrait à celui qui la pratique de maintenir son esprit dans un état conscient et attentif sur des périodes de temps de plus en plus longues (Kabat-Zinn, 2003; Shapiro, Astin, Carlson, & Freedman, 2006). Elle permettrait également de diminuer la souffrance ressentie et d'augmenter le niveau de bien-être d'un individu (Magid, 2002).

Ces implications ont provoqué un intérêt certain dans le champ de la science, comme le soulignent Shankland et André (2014). Depuis une trentaine d'années, plusieurs disciplines scientifiques, dont la médecine, la psychologie, la psychiatrie et les neurosciences, s'intéressent à la pleine conscience et à ses impacts à court, moyen et long terme. Toujours selon Shankland et André, le mode de vie actuellement encouragé dans les sociétés occidentales est caractérisé par une croissance importante de sollicitations et d'agitation, ce qui augmente le niveau de stress des individus qui composent ces sociétés. La pleine conscience irait à l'encontre de ce mode de vie et permettrait à l'individu de reprendre son souffle en s'arrêtant et en observant ce qui se passe en lui et autour de lui (Shankland & André, 2014).

Dans le domaine de la psychologie, plusieurs formes de psychothérapies basées sur la pleine conscience ont été développées, entre autres par les tenants de l'approche cognitivo-comportementale (Padilla, 2010). Le *Mindfulness-Based Stress Reduction* (MBSR ;

Kabat-Zinn, 1990), le *Mindfulness-Based Cognitive Therapy* (MBCT ; Segal, Williams, & Teasdale, 2002), le *Mindfulness Based Relapse Prevention* (MBRP ; Bowen, Chawla, & Marlatt, 2010) et l'*Acceptance and Commitment Training* (ACT; Flaxman, Bond, & Livheim, 2013) sont autant de traitements thérapeutiques visant l'entraînement d'une attention centrée sur le moment présent et dénuée de jugement (Shankland & André, 2014).

### **Définition de la pleine conscience**

De nombreux auteurs ont tenté de définir le concept de pleine conscience en lui apportant des clarifications et des précisions. Aucune des définitions actuellement disponibles ne fait cependant consensus au sein de la communauté scientifique. Plusieurs écoles de pensée bouddhistes acceptent la définition selon laquelle la pleine conscience serait « la conscience lucide du moment présent » (Bodhi, 2011). Une définition de Kabat-Zinn (2003) souvent citée, stipule que la pleine conscience est la « conscience qui émerge en dirigeant son attention sur le but [de l'expérience], dans le moment présent et sans jugement de valeur, ainsi que sur le déroulement de chaque moment de l'expérience » [Traduction libre] (p. 145).

Bruce et al. (2010) se sont basés sur les écrits de plusieurs auteurs (Shapiro et al., 2006; Shapiro, 1992; Siegel, 2007; Sullivan, 1953) pour fournir une définition qui s'applique au psychologue en contexte thérapeutique. Cette définition met l'accent sur trois éléments

centraux de la pleine conscience: l'attention, l'attitude et l'intention. Le premier élément, soit la capacité à centrer son attention sur le moment présent, requiert chez l'individu de cesser tout processus interprétatif de ce qui se passe en lui pour simplement y être attentif (Shapiro et al., 2006). Chez le psychologue, cette habileté consisterait à centrer son attention dans le moment présent, à la fois sur ses expériences corporelles et psychiques, sur son patient ainsi que sur la relation qui se joue entre son patient et lui (Bruce et al., 2010). Le second concept compris dans la définition de la pleine conscience soit l'attitude, implique que le psychologue pleinement conscient ne se contenterait pas d'être attentif, mais qu'il serait en mesure de se montrer curieux, ouvert et acceptant envers ce qui se produit au sein du processus thérapeutique (Bruce et al., 2010). Pour atteindre cet état qui, selon Bruce et al., se complexifie devant certains sentiments et émotions du patient comme la colère, la jalousie, la haine, le deuil et la douleur, le psychologue devrait parvenir à établir une connexion avec la vulnérabilité de son patient. Pour cela, il devrait d'abord pouvoir faire preuve de curiosité, d'ouverture et d'acceptation face à sa propre expérience, avant d'adopter ces attitudes face à son patient. Il abordera aussi l'alliance thérapeutique avec ces attitudes, peu importe le stade de cette alliance ou les difficultés qu'elle comporte (Bruce et al., 2010). Enfin, le dernier élément influençant la capacité de pleine conscience du psychologue serait l'intention qui le pousse à la pratiquer. Shapiro (1992) a en fait démontré que les individus pratiquant la méditation par la pleine conscience tendaient à atteindre l'expérience qu'ils visaient en s'adonnant à cette pratique, que ce soit une meilleure auto-régulation, une meilleure connaissance de soi ou une manière de se libérer de certaines contraintes personnelles. Ainsi, l'intention du psychologue qui accompagne

la pratique de la pleine conscience lui permet d'être conscient de la démarche, d'y consentir d'une façon éclairée et qui fait du sens pour lui (Bruce et al., 2010). La pleine conscience devient ainsi une modalité thérapeutique pour le psychologue qui l'utilise pour atteindre un but, comme augmenter sa disponibilité affective. Les habiletés impliquées dans la pleine conscience (p. ex. : centration de l'attention, curiosité, acceptation) ont une présence et une intensité variables et ne sont pas acquises et stables comme des concepts théoriques ou des techniques (Bruce et al., 2010). Le psychologue a des intentions globales en ce qui concerne sa profession, ainsi que des intentions propres à chaque suivi, chaque séance et chaque patient (Bruce et al., 2010). L'expérience qu'il tente d'atteindre en développant un état de pleine conscience peut donc varier d'un contexte à l'autre (p. ex., préciser le contre-transfert qu'il vit, décoder le comportement non-verbal du patient, prêter attention au choix des mots de ce dernier, etc.). En prenant conscience de son intention, soit du type d'expérience qu'il tente d'atteindre par la pleine conscience, il parviendra à mieux cerner les fluctuations de son attention (Bruce et al., 2010).

Baer et al. (2006) vont dans le même sens que Kabat-Zinn (1990) et définissent la pleine conscience comme la capacité à diriger son attention sur ce qui se produit en soi au moment présent, de manière intentionnelle et sans porter de jugement sur ses émotions et perceptions, mais en faisant preuve d'acceptation. Dans une étude où ils exploraient les facettes de la pleine conscience à l'aide de méthodes auto-rapportées chez des étudiants en psychologie, Baer et al. (2006) ont permis de ressortir cinq composantes claires de la

pleine conscience. La première de celles-ci est l'observation, qui consiste à prêter attention à des expériences internes et externes, telles que des sensations, cognitions, émotions, sons, images ou odeurs. La description de l'expérience est l'habileté à décrire ses expériences, émotions et sensations à l'aide de mots. L'action en pleine conscience, quant à elle, résume la capacité de demeurer dans le moment présent et de se concentrer sur des tâches sans se perdre dans ses pensées, contrairement à la notion de pilote automatique (soit se comporter automatiquement et mécaniquement quand l'attention est focalisée ailleurs). La non-réactivité aux événements privés consiste à laisser aller et venir ses sentiments, sans se laisser prendre ou emporter par eux. Finalement, le non-jugement est l'adoption d'une position non-évaluative face à ses propres pensées, expériences et émotions. Les auteurs soutiennent que la conceptualisation du concept à partir de ces composantes permet une meilleure compréhension de ses différentes facettes et des relations qui peuvent exister entre la pleine conscience et d'autres variables (Baer et al., 2006).

### **Études portant sur la pleine conscience et ses effets sur la population générale**

De nombreuses recherches ont porté sur la pleine conscience et plusieurs de ses bienfaits ont été démontrés. En 2015, une méta-analyse a été menée en Angleterre sur 29 études (n=2668) portant sur le MBSR (Khoury, Sharma, Rush, & Fournier). Les chercheurs ont évalué l'impact du traitement sur la réduction du stress, de la dépression, de l'anxiété et de la détresse. Une diminution de cette symptomatologie a été observée,



impliquant une taille d'effet modérée et un maintien des résultats sur une période de 19 semaines en moyenne. Une amélioration de la qualité de vie des individus en santé a également été rapportée suite au traitement. Une autre méta-analyse (Khoury, Lecomte et al., 2013) incluant 209 études (n=12145) sur la *Mindfulness-Based Therapy* (MBT) a été réalisée. Les résultats ont suggéré que la MBT est un traitement efficace pour une variété de problèmes psychologiques, spécialement pour réduire l'anxiété, la dépression et le stress. Les effets étaient maintenus sur une période de six mois en moyenne. Khoury (2016) a en effet soutenu que des milliers d'études ont porté sur l'efficacité des thérapies basées sur la pleine conscience auprès de populations cliniques et non-cliniques, et qu'une soixantaine de méta-analyses a recensé ces études. Selon lui, les écrits scientifiques disponibles permettraient avec une quasi-certitude de conclure sur l'efficacité des traitements thérapeutiques basés sur la pleine conscience (Khoury, Lecomte et al., 2013).

### **Études portant sur la pleine conscience et ses effets sur les professionnels de la santé**

De façon plus spécifique, en plus d'être corrélée positivement avec de nombreux indicateurs de bien-être (Baer et al., 2004; Brown & Ryan, 2003), il a été démontré que la pleine conscience peut avoir des impacts bénéfiques importants chez les professionnels de la santé. Les résultats de Beddoe et Murphy (2004) indiquent que la pleine conscience diminue le stress et favorise une plus grande empathie chez les étudiants en sciences infirmières. De façon générale, la pleine conscience permettrait à l'étudiant d'améliorer son autorégulation émotionnelle en favorisant son attention, sa flexibilité cognitive, la

modulation de ses réactions et son contrôle exécutif (Richer et Lachance, 2016). Selon Shapiro et al. (2006), l'entraînement à la pleine conscience influencerait l'autorégulation émotionnelle du psychologue en lui permettant de gérer différemment ce qu'il vit et de demeurer plus disponible au vécu affectif de son patient.

Des études portant sur des formations axées sur la pleine conscience tendent à démontrer que la pratique de ces dernières chez des psychologues prédisait de meilleurs résultats pour leurs patients (Grepmaier et al., 2006 ; Grepmaier et al., 2007 ; Grepmaier et al., 2008). Ainsi, des chercheurs soutiennent que l'augmentation du niveau de pleine conscience chez le psychologue améliore sa capacité d'autorégulation émotionnelle, une caractéristique des psychologues efficaces (Shapiro, Astin, Bishop, & Cordova, 2005). Elle permettrait au psychologue d'ajuster ses interventions en fonction des besoins de son patient et de mieux cerner la dynamique de l'alliance thérapeutique (Baer et al., 2006; Brown & Ryan, 2003; Linehan, 1994).

Cantero (2015) a fait une revue de la recherche empirique concernant le programme de pleine conscience MBSR et d'autres techniques pour optimiser la pleine conscience chez des stagiaires en santé mentale. Les quinze études recensées permettent à Cantero d'affirmer que le développement de la pleine conscience chez ces stagiaires pourrait être précieuse pour diminuer leur stress, développer leur capacité à prendre soin d'eux et accroître leur présence avec leurs patients.

Shapiro, Schwartz et Bonner (1998) ont mené une recherche auprès de 73 étudiants en médecine. Cette étude comportait un groupe contrôle et visait à observer les effets à court terme d'un programme d'intervention basé sur la pleine conscience de huit semaines sur les participants. Les chercheurs soutenaient qu'un entraînement à la pleine conscience augmenterait le niveau d'empathie des participants, une caractéristique essentielle pour développer une alliance thérapeutique positive (Shapiro et al., 1998). Une augmentation significative du niveau d'empathie des étudiants ayant suivi le programme est en effet ressortie de leurs résultats suite à l'entraînement à la pleine conscience, en comparaison des étudiants n'ayant pas suivi le programme.

En 2006, Wang est arrivée au même résultat avec un échantillon de 56 psychothérapeutes en observant un niveau d'empathie significativement plus élevé chez les participants qui pratiquaient la méditation ( $n = 21$ ) en comparaison des psychothérapeutes qui ne la pratiquaient pas ( $n = 35$ ). La chercheuse a par ailleurs amassé des données qualitatives sur les caractéristiques des psychologues associées à l'alliance thérapeutique, telles que l'attention, la conscience, l'empathie, l'acceptation sans jugement et la compassion. Ces données suggéraient que chez les psychothérapeutes pratiquant la méditation par la pleine conscience, il y avait une amélioration significative de ces caractéristiques (Wang, 2006).

Les résultats de ces études offrent une base empirique au concept de pleine conscience et à ses bienfaits chez les professionnels de la santé. Toutefois, bien que prendre soin de soi soit identifié comme étant important pour les psychologues, Christopher et al. (2011) rapportent qu'encore trop peu de stratégies efficaces sont offertes aux futurs psychologues en ce sens. Dans leur article, ces chercheurs proposent qu'un entraînement à la pleine conscience serait une approche prometteuse quant au « prendre soin » du psychologue. Khoury (2016) affirme travailler depuis quelques années déjà sur un programme de formation à la pleine conscience de huit semaines qui s'adresserait éventuellement à des stagiaires en psychologie. Il s'appuie sur ses méta-analyses (2015; 2013) pour affirmer que l'entraînement à la pleine conscience est bénéfique pour les futurs psychologues. De nombreux auteurs et chercheurs soutiennent également que le développement des aptitudes personnelles requises pour être un psychologue efficient est directement lié au concept de pleine conscience, ce qui constitue une avancée qui a des portées autant théoriques que cliniques (Bruce, 2006; Germer et al., 2005; Padilla, 2010).

## **L'alliance thérapeutique**

### **Définition de l'alliance thérapeutique**

L'alliance thérapeutique est la « relation de collaboration entre le patient et le psychothérapeute dans la poursuite de l'objectif explicite sur lequel ils se sont conjointement entendus » (Brillon, 2018). Elle comprend d'une part la volonté de

participer au processus de traitement du patient, qui s'appuie sur ses sentiments positifs face au psychologue, comme l'attachement et l'impression d'être vu, entendu et compris. D'autre part, elle est caractérisée par un regard positif inconditionnel de la part du psychologue ainsi qu'une compréhension empathique de sa part des références internes du patient. Finalement, elle implique une adéquation entre la compréhension et l'état affectif du psychologue et ceux du patient (Greenberg, Watson, Elliot & Bobart, 2001; Lambert & Ogles, 2004; Rogers, 1957).

Bien que la définition de l'alliance thérapeutique évolue constamment, Martin, Garske et Davis (2000) ont relevé trois aspects du concept qui reviennent dans la plupart des définitions, soit « (a) une relation de collaboration, (b) un lien affectif entre le patient et le psychologue, et (c) la capacité du patient et du psychologue à s'accorder sur les buts ainsi que sur les tâches du traitement » [Traduction libre] (p. 438). Certains auteurs suggèrent que la qualité de l'alliance thérapeutique que le psychologue établit avec ses patients serait intimement liée à la qualité de la relation que le psychologue entretient avec lui-même (Bruce et al., 2010). Eubanks-Carter, Muran et Safran (2015) ont même développé l'*Alliance-focused training*, qui propose d'accroître l'habileté des psychologues à reconnaître, tolérer et négocier les ruptures de l'alliance, en augmentant les aptitudes thérapeutiques de conscience de soi, de régulation affective et de sensibilité interpersonnelle.

Gaston, Marmar, Gallagher et Thompson (1991) se sont inspiré des définitions déjà disponibles de l'alliance thérapeutique pour en dégager les quatre composantes principales : la capacité de travail du patient, l'engagement du patient, le consensus de stratégie de travail ainsi que la compréhension et l'implication du thérapeute. La capacité de travail du patient concerne l'habileté de ce dernier à faire preuve d'une participation active et de persévérance dans le processus. Il doit pour cela parvenir à exposer du matériel affectif significatif et sensible, observer lesquelles de ses réactions peuvent contribuer à ce qui le fait souffrir et tenir compte dans ses explorations des pistes offertes par le psychologue. Il travaille la modulation de ses émotions et est en mesure d'approfondir les thèmes abordés et la résolution de problèmes. L'engagement du patient, quant à lui, reflète son attitude face à la psychothérapie. Un patient engagé investirait davantage le lien de confiance présent entre son psychologue et lui, entretiendrait l'espoir que le processus l'aidera à changer et serait prêt pour cela à dépenser temps et argent. Les moments difficiles du traitement auraient moins de chance de l'amener à abandonner celui-ci. La troisième composante, soit le consensus sur la stratégie de travail, représente le niveau d'accord entre le psychologue et le patient sur le mandat et les objectifs thérapeutiques, ainsi que sur la manière dont le traitement devrait se dérouler. Le dernier facteur de l'alliance thérapeutique dégagé par les travaux de Gaston et al. (1991) est la compréhension et l'implication du thérapeute. Il englobe la compréhension empathique du psychologue, son acceptation non-jugeante et l'engagement dont il fait preuve dans le processus. Il s'agirait ainsi de l'habileté du psychologue à comprendre la perception qu'a le patient de ses difficultés ainsi que des raisons sous-jacentes à sa souffrance, mais

également de sa capacité à nommer ces difficultés, à intervenir avec tact et à éviter d'utiliser le processus pour répondre à ses propres besoins (Gaston et al., 1991).

### **Études portant sur l'alliance thérapeutique**

Les recherches sur l'alliance thérapeutique la situent comme une variable d'intérêt pour améliorer la connaissance du processus psychothérapeutique, puisqu'il s'agirait d'une composante essentielle de l'efficacité thérapeutique (Lambert & Barley, 2001; Lambert & Okishi, 1997 ; Orlinsky, Scofield, Schroder & Kazantzis, 2011). Plus précisément, elle expliquerait 30% de la variance de l'efficacité thérapeutique (Lambert & Barley, 2001). Cet impact a été prouvé dans de nombreuses études, et ce peu importe l'approche théorique du psychologue et l'importance personnelle qu'il accorde à l'alliance thérapeutique (Binder & Strupp, 1997; Krupnick et al., 1996; Raue, Goldfried et Barkham, 1997; Samstag, Batchelder, Muran, Safran, & Winston, 1998). Il est intéressant de noter que la perception du patient de la qualité de l'alliance thérapeutique est plus fortement corrélée avec de bons résultats thérapeutiques que la perception que le psychologue a de cette alliance (Lambert & Simon, 2008).

L'investissement de l'alliance thérapeutique requerrait chez le psychologue des habiletés interpersonnelles particulières, telles que la capacité à reconnaître les moments où la relation se détériore ainsi que les patients avec lesquels elle est plus difficile à établir et maintenir (Orlinsky & al., 2011). Orlinsky et ses collègues (2011) soutiennent même

que dans certains cas particuliers où le psychologue prend conscience que l'établissement d'une alliance thérapeutique avec un patient est impossible, une référence à un collègue peut être plus bénéfique pour ce dernier que la poursuite de la thérapie. D'autres habiletés relationnelles ciblées chez les psychologues qui parviennent à établir des alliances positives et à obtenir des résultats thérapeutiques positifs sont la compréhension, l'acceptation, l'empathie, la chaleur et le soutien, ainsi que la capacité à éviter de blâmer, d'ignorer, de négliger et de rejeter leurs patients (Lambert & Ogles, 2004).

### **Études portant sur la pleine conscience du psychologue et l'alliance thérapeutique**

La recherche ayant démontré que le plus fort prédicteur de l'efficacité thérapeutique était l'alliance thérapeutique qui se développe entre le patient et le psychologue, il est devenu pertinent de se pencher sur les habiletés et caractéristiques du psychologue qui améliorent l'alliance (Kaplan, 2013). En 2009, Shapiro et Carlson émettent l'hypothèse que le développement de la pleine conscience chez le psychologue aurait un impact positif sur l'alliance thérapeutique. Un certain nombre de chercheurs ont effectivement tenté de démontrer l'influence de la pleine conscience du psychologue sur la qualité de l'alliance thérapeutique (Aiken, 2006 ; Bruce, 2006 ; Christopher et al., 2011 ; Horowitz, 2011 ; Johnson, 2016 ; Kaplan, 2013 ; McCollum & Gehart, 2010 ; Ryan et al., 2012 ; Stuart, 2016 ; Wexler, 2006). Leurs travaux sont présentés en ordre chronologique dans la présente section.



### **Études portant sur la pleine conscience du psychologue et l'alliance thérapeutique perçue par le psychologue**

Aiken, en 2006, a mené une recherche qualitative auprès de six psychologues pratiquant la pleine conscience et la psychothérapie depuis plus de dix ans. En regard des thèmes ressortis des entrevues qualitatives, il soutient que la pleine conscience aurait un impact positif sur des habiletés du psychologue sollicitées dans la création de l'alliance thérapeutique, dont sa capacité à atteindre une compréhension profonde des expériences internes de son patient et à communiquer à ce dernier cette compréhension (Aiken, 2006). Selon le chercheur, la pleine conscience permettrait également aux psychologues d'être plus disponibles face à la souffrance de leurs patients. Ils seraient en mesure d'aider davantage leurs patients à améliorer leur présence dans le moment présent et à exprimer ce qu'ils ressentent (Aiken, 2006).

McCollum et Gehart (2010), après avoir mené une étude qualitative auprès de 13 psychologues débutant leur pratique, ont soutenu qu'un entraînement à la pleine conscience chez ceux-ci améliorerait leur présence thérapeutique. Ainsi, les participants rapportaient une conscience plus juste de ce qui se passe en eux et avec leurs patients pendant les rencontres et une plus grande facilité à intégrer ces éléments dans l'alliance thérapeutique. Ils ressentaient davantage de compassion et d'acceptation envers les patients.

Christopher et al. (2011) ont mené une étude qualitative sur l'impact à long terme d'un entraînement à la pleine conscience chez seize conseillers en relation d'aide (*counselors*). Sur ce nombre, treize ont rapporté continuer à pratiquer les techniques de pleine conscience une fois l'entraînement terminé, expliquant que cette pratique influençait positivement leur bien-être physique, émotionnel, cognitif et interpersonnel. Dans leur vie professionnelle, les participants soutenaient être moins réactifs et défensifs face à leurs patients, et ainsi plus calmes et centrés sur ce qui se produisait au sein de l'alliance thérapeutique. Ils avaient le sentiment de faire preuve de moins de jugement et de plus d'acceptation, de patience et de compassion (Christopher et al., 2011).

Une étude a également été menée auprès de quinze stagiaires en psychologie afin d'explorer l'impact qu'un entraînement bref à la méditation basée sur la pleine conscience a eu sur différents aspects de l'alliance thérapeutique (Stuart, 2016). Quatre mois après avoir complété un entraînement à la pleine conscience de huit semaines inspiré du MBSR et du MBCT et adapté pour les psychologues, huit des quinze participants ont été interrogés. Ceux-ci rapportaient plusieurs effets positifs et significatifs de cet entraînement, tant au niveau personnel que professionnel, expliquant que la pleine conscience a favorisé leur « savoir-être » plutôt que leur « savoir-faire » et leur capacité à approfondir les relations qu'ils investissent. Stuart souligne le potentiel de la pleine conscience comme un entraînement clinique complémentaire à la formation des

psychologues qui pourrait les aider à rendre leur relation à eux-mêmes plus concordante, ce qui favoriserait une alliance thérapeutique également plus concordante.

Johnson (2016) a étudié la relation entre les niveaux de pleine conscience de conseillers en relations d'aide (*counselors*) et la qualité de l'alliance thérapeutique qu'ils développent avec leurs patients. Sur un échantillon de deux cent participants étant inscrits dans des stages en relation d'aide dans quatre universités texanes, leurs résultats ont démontré une relation de modérée à élevée entre le niveau de pleine conscience d'un conseiller et la force de l'alliance thérapeutique perçue par le conseiller.

### **Études portant sur la pleine conscience du psychologue et l'alliance thérapeutique perçue par le patient**

Bruce, en 2006, a tenté de démontrer un lien entre la pleine conscience du psychologue, l'alliance thérapeutique et l'efficacité thérapeutique. Cependant, ses analyses n'ont pas démontré les corrélations attendues entre la pleine conscience du psychologue et l'alliance thérapeutique perçue par le patient. Le chercheur explique ces résultats par l'utilisation de mesures auto-rapportées et la petite taille de son échantillon ( $N = 20$ ). Il souligne également que pour des raisons méthodologiques, la pleine conscience du psychologue a été mesurée chez certains participants plusieurs mois (jusqu'à 31 mois) après la fin de la psychothérapie au sein de laquelle l'alliance thérapeutique perçue par le patient avait été

mesurée. Selon lui, il est probable que la mesure de la pleine conscience ait été biaisée dans la mesure où elle n'a pas été prélevée lors de la psychothérapie ciblée (Bruce, 2006).

### **Études portant sur la pleine conscience du psychologue et l'alliance thérapeutique perçue par le psychologue et le patient**

Wexler (2006), quant à elle, soutient que trop peu d'études ont examiné la présence d'une relation entre la pleine conscience des psychologues et l'alliance thérapeutique. Elle a mené une recherche qui porte sur dix-neuf dyades psychologue-patient. Ses résultats indiquent que le niveau de pleine conscience des psychologues et l'alliance thérapeutique perçue par le psychologue et par le patient sont significativement corrélés. Wexler soutient donc que « la capacité du psychologue à comprendre l'expérience du patient et à la lui refléter, [habileté] qui est influencée par son niveau d'attention et de conscience, est une composante importante dans la construction d'une alliance solide » [Traduction libre, p. 87].

Horowitz (2011) a tenté d'établir un lien prédictif entre la pleine conscience et l'alliance thérapeutique auprès de 37 psychologues ayant entre 24 et 44 ans, pour la plupart caucasiens et menant des thérapies cognitivo-comportementales (TCC). L'échantillon était également composé de 45 patients majoritairement caucasiens et ayant entre 26 et 72 ans. Le chercheur n'a pas obtenu de résultat lui permettant de statuer sur un lien significatif

entre le niveau de pleine conscience des psychologues et la qualité de l'alliance thérapeutique perçue par le psychologue ou par le patient (Horowitz, 2011).

Ryan et al. (2012) ont pour leur part découvert la présence d'une corrélation positive ayant une taille d'effet moyenne entre la pleine conscience chez 26 psychologues et l'alliance thérapeutique perçue par le psychologue. Ils ont également découvert un lien entre la pleine conscience du psychologue et l'alliance thérapeutique perçue par le patient. Les chercheurs soutiennent, suite à leurs résultats, que l'habileté d'un psychologue à maintenir son focus, sa tendance à être absorbé dans le moment présent et un niveau bas de distractibilité pourraient avoir un impact positif sur la perception qu'ont le psychologue et le patient de l'alliance thérapeutique (Ryan et al., 2012).

Kaplan (2013) a mené une étude sur l'impact de la pleine conscience du psychologue sur la perception subjective et inter-subjective qu'ont le patient et le psychologue de l'alliance thérapeutique. L'échantillon était composé de 90 dyades psychologue-patient engagées dans le *Brief Psychotherapy Research Program*. Les résultats indiquent que le niveau de pleine conscience du psychologue est fortement corrélé avec la perception subjective qu'a ce dernier de la force de l'alliance thérapeutique. Le niveau de pleine conscience du psychologue prédit également l'inter-subjectivité du patient et du psychologue dans le rapport des ruptures étant survenues pendant le traitement.

À la lumière des informations présentées dans cette section, la majorité des données probantes disponibles semblent soutenir la présence d'une corrélation entre la pleine conscience du psychologue et l'alliance thérapeutique. Wexler (2006) soulève cependant que l'emploi de mesures auto-rapportées pour évaluer la pleine conscience du psychologue et l'alliance thérapeutique implique la possibilité que les participants répondent selon ce qu'ils aimeraient être plutôt que ce qu'ils sont réellement. Horowitz (2011) soutient également que la désirabilité sociale en présence d'un concept aussi médiatisé que la pleine conscience chez les professionnels de la santé mentale risque fortement de les inciter à répondre favorablement ou négativement selon leur opinion sur cette notion. Dans le même sens, Grégoire et De Mondehare (2016) confirment que peu de chercheurs se sont penchés sur un lien possible entre la pleine conscience et la désirabilité sociale, et que les résultats déjà disponibles dans les écrits scientifiques sont partagés.

Ces constats appuient la pertinence de mener de nouvelles recherches impliquant la pleine conscience du psychologue et l'alliance thérapeutique qui tentent de corriger les limites méthodologiques rapportées dans les écrits scientifiques disponibles. Ainsi, une mesure de désirabilité sociale des psychologues a été ajoutée à la présente recherche. Bien que le concept de pleine conscience a été bien défini dans la présentation de la recherche aux participants, il n'a pas été nommé de façon explicite afin de ne pas induire de biais

chez eux. L'alliance thérapeutique perçue par le patient a également été mesurée, puisque la perception du patient semble plus fortement corrélée avec de bons résultats thérapeutiques que la perception du psychologue (Lambert & Simon, 2008).

### **La désirabilité sociale**

La désirabilité sociale est un concept qui réfère à la tendance à se présenter de manière plus favorable, en répondant selon des caractéristiques encouragées ou sanctionnées par un groupe d'appartenance (Reynolds, 1982). Ainsi, un individu qui connaît les bénéfices démontrés de la pleine conscience et qui aurait consacré du temps à la pratique de la méditation pourrait être porté, selon Grégoire et De Mondehare (2016), « à se présenter comme étant plus présent et attentif qu'il ne l'est en réalité » (p. 19).

### **La symptomatologie du patient**

La sévérité de la symptomatologie psychologique réfère à la mesure selon laquelle le patient a été incommodé par des symptômes particuliers (p. ex., éléments de dépression, d'anxiété, de somatisation), dans un délai donné (Fortin et Coutu-Wakulczyk, 1985). Crits-Christoph, Gibbons et Hearon (2006) soulèvent l'hypothèse qu'un patient dont l'état est meilleur, et dont la symptomatologie est moins sévère en début de traitement, pourrait être plus disposé à développer une bonne alliance thérapeutique avec le psychologue. Selon un rapport de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ, 2012), les

troubles anxio-dépressifs représentent près de 65% de l'ensemble des troubles mentaux diagnostiqués dans la province.

### **Objectifs de l'étude et questions de recherche**

L'objectif principal de cette étude était de déterminer s'il existe une corrélation significative entre la pleine conscience du psychologue au T1 et l'alliance thérapeutique perçue par le psychologue et par le patient au T2 dans un processus de psychothérapie, indépendamment de la désirabilité sociale du psychologue et de la symptomatologie du patient.

Les questions de recherche étaient les suivantes :

Q1) La pleine conscience du psychologue au T1 peut-elle prédire l'alliance thérapeutique perçue par le psychologue au T2, indépendamment de la désirabilité sociale du psychologue et de la symptomatologie du patient?

Q2) La pleine conscience du psychologue au T1 peut-elle prédire l'alliance thérapeutique perçue par le patient au T2, indépendamment de la désirabilité sociale du psychologue et de la symptomatologie du patient?



Le second objectif de l'étude visait à vérifier la présence d'associations entre l'alliance thérapeutique (AT) perçue par le psychologue aux T1 et T2, ainsi qu'entre l'alliance thérapeutique perçue par le patient aux T1 et T2 ( $AT_{\text{PSY-T1}} - AT_{\text{PSY-T2}}$ ,  $AT_{\text{PAT-T1}} - AT_{\text{PAT-T2}}$ ). De plus, la présence d'associations entre l'alliance thérapeutique perçue par le psychologue au T1 et l'alliance thérapeutique perçue par le patient au T2, ainsi que la présence d'associations entre l'alliance thérapeutique perçue par le patient au T1 et l'alliance thérapeutique perçue par le psychologue au T2 ont été examinées ( $AT_{\text{PSY-T1}} - AT_{\text{PAT-T2}}$ ,  $AT_{\text{PAT-T1}} - AT_{\text{PSY-T2}}$ ).

Le troisième objectif de la présente étude est de traduire la version thérapeute du California Psychotherapeutic Alliance Scale, qui n'était disponible qu'en version anglophone, et de la faire approuver par une des auteures de l'instrument.

## **Méthode**

Cette section décrira la méthode employée pour répondre aux questions de recherche. La composition de l'échantillon sera d'abord présentée, ainsi que la nature des variables et les qualités descriptives et psychométriques des instruments utilisés. Puis, la procédure de recrutement et le plan de l'expérience seront exposés. Finalement, la création des variables composées et les analyses statistiques effectuées seront expliquées. Cette recherche a obtenu l'approbation éthique du comité d'éthique de la recherche (CER) de l'Université du Québec à Chicoutimi (UQAC), dont le certificat est présenté à l'Appendice A.

### **Participants**

La population à l'étude est constituée de psychologues exerçant la psychothérapie en pratique privée et de patients entamant une psychothérapie au Québec. La taille visée de l'échantillon a été estimée à l'aide du logiciel G-Power en considérant la taille d'effet de la corrélation entre la pleine conscience du psychologue et l'alliance thérapeutique, qui est d'environ 0,5 (Wexler, 2006), ainsi que le type d'analyse statistique prévue, soit la régression linéaire multiple. Ainsi, le nombre de participants visé était de 55 dyades psychologue-patient. Le nombre final de participants obtenu est de 6 dyades psychologue-patient.

Les psychologues ayant participé à l'étude devaient avoir complété une formation de deuxième ou de troisième cycle en psychologie et être membres en règle de l'Ordre des psychologues du Québec. Ils devaient travailler à temps partiel ou à temps plein en pratique privée au moment de la collecte de données. Voici les facteurs d'inclusion qui ont été considérés dans le choix des patients par les psychologues : ils devaient être âgés de dix-huit ans et plus, ne pas présenter de déficience intellectuelle, ne pas être en situation de crise comme une psychose ou un danger suicidaire ou homicidaire immédiat nécessitant des soins d'urgence ou une hospitalisation.

### **Variables à l'étude**

La variable indépendante est la pleine conscience du psychologue, la variable dépendante est l'alliance thérapeutique perçue par le psychologue et par le patient dans le processus de psychothérapie. Les variables contrôle sont la désirabilité sociale du psychologue et la symptomatologie du patient.

### **Instruments de mesure**

Tous les instruments utilisés dans la présente étude afin de mesurer les variables précédemment citées sont décrits dans la présente section et sont présentés à l'Appendice B. Leurs propriétés psychométriques sont également rapportées. Il s'agit exclusivement

d'outils auto-administrés logés sur un site internet sécurisé (Lime Survey) auxquels les participants ont répondu depuis leur ordinateur personnel.

### **Informations sociodémographiques du psychologue**

Les informations sociodémographiques des psychologues ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire élaboré par les chercheurs de cette étude. Il comporte des questions sur des données personnelles et en lien avec la pratique professionnelle des participants tels que l'âge, le sexe, l'approche théorique et le nombre d'années d'expérience.

### **Informations sociodémographiques du patient**

Les informations sociodémographiques des patients ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire inspiré de celui de Boutin (2005). Ainsi, il comporte des questions sur certaines données personnelles des participants tels que l'âge, le sexe, le statut matrimonial, la prise de médication et la présence d'événements stressants vécus au cours de la dernière année.

### **Pleine conscience du psychologue**

Le questionnaire Cinq facettes de la pleine conscience (Five Facets Mindfulness Questionnaire ; FFMQ), développé par Baer et al. (2006; traduit par Heeren, Douilliez, Peschard, Debrauwere, & Philippot, 2011), est un questionnaire de 39 items dont chaque

énoncé (p. ex., je perçois mes émotions et sentiments sans devoir y réagir) est mesuré selon une échelle de type Likert allant de 1 (jamais ou très rarement vrai) à 5 (très souvent ou toujours vrai). L'instrument, en plus de mesurer un score total de pleine conscience, est divisé en cinq sous-échelles, soit l'observation, la description de l'expérience, l'action en pleine conscience, la non-réactivité aux événements privés et le non-jugement.

Des scores ont été obtenus pour la pleine conscience totale du psychologue au T1 (en additionnant les 39 items dont 19 inversés) et pour les cinq facteurs (en additionnant sept items pour la non-réactivité aux événements privés et huit items pour les quatre autres facteurs, et en considérant les items inversés). Le score pouvait se situer entre 39 et 195 pour la pleine conscience totale, entre 8 et 40 pour l'observation, la description de l'expérience, l'action en pleine conscience et le non-jugement, et entre 7 et 35 pour la non-réactivité aux événements privés. Un score plus élevé représentait une meilleure capacité à mettre en pratique l'habileté concernée, et inversement pour un score plus bas.

Ce questionnaire a été conçu suite à une étude factorielle exploratoire basée sur une sélection de 112 items provenant de cinq instruments mesurant la pleine conscience et démontrant une validité et une fidélité satisfaisantes (Kentucky Inventory of Mindfulness Scale, Freiburg Mindfulness Inventory, Mindful Attention Awareness Scale, Cognitive and Affective Mindfulness Scale et Mindfulness Questionnaire; Baer et al., 2006). Les analyses factorielles suggèrent que le construit de pleine conscience établi dans les écrits

scientifiques comporterait cinq facteurs clairs et interprétables, qui constituent les cinq sous-échelles du FFMQ (Baer et al., 2006). La version originale a une cohérence interne satisfaisante (observation  $\alpha = .75$ , description de l'expérience  $\alpha = .91$ , action en pleine conscience  $\alpha = .87$ , non-réactivité aux événements privés  $\alpha = .75$  et non-jugement  $\alpha = .87$ ) (Baer et al., 2006; Bruce, 2006). La version francophone, qui a été validée chez un échantillon de 214 participants belges et français (dont 131 femmes) d'une moyenne d'âge de 35 ans, possède une validité interne acceptable pour les cinq facteurs ainsi que pour le score total, les alphas de Cronbach se situant tous au-dessus de .75 (observation  $\alpha = .78$ , description de l'expérience  $\alpha = .88$ , action en pleine conscience  $\alpha = .89$ , non-réactivité aux événements privés  $\alpha = .76$ , non-jugement  $\alpha = .89$ , pleine conscience totale  $\alpha = .88$ ) (Heeren et al., 2011). La taille échantillonnale de la présente étude n'a pas permis d'obtenir des alphas de Cronbach représentatifs de la cohérence interne de l'outil (Yurdugul, 2008).

### **Alliance thérapeutique perçue par le psychologue**

L'échelle d'alliance thérapeutique de Californie - version thérapeute (California Psychotherapy Alliance Scales Therapist version; CALPAS-T; Gaston & Marmar, 1994) est un test auto-rapporté de 24 items auquel le psychologue répond à partir d'une échelle de type Likert allant de 1 (pas du tout) à 7 (beaucoup). Le participant doit décrire ce qui s'est produit dans la thérapie du patient qui participe à l'étude au cours du dernier mois en répondant aux énoncés (p. ex., Le patient a dévoilé ses pensées et sentiments). Quatre dimensions de l'alliance thérapeutique sont évaluées, soit l'implication du patient, la

capacité de travail du patient, la compréhension et l'implication du thérapeute ainsi que le consensus sur la stratégie de travail.

Des scores ont été obtenus pour l'alliance thérapeutique totale perçue par le psychologue aux T1 et T2 (par la moyenne des 24 items dont 2 inversés) et pour les quatre composantes (par la moyenne de six items, dont 1 item inversé pour le consensus de stratégie de travail ainsi que pour la compréhension et l'implication du thérapeute). Le score pouvait se situer entre 1 et 7, tant pour le score total d'alliance thérapeutique que pour celui de chacune des composantes. Un score plus élevé représentait une perception plus positive de l'alliance thérapeutique ou du facteur évalué, et inversement pour un score plus bas.

La version originale possède une cohérence interne satisfaisante ( $\alpha = .83$ ) (Gaston, 1991). Dans le cadre de la présente étude, l'outil a été traduit par la méthode de traduction inversée (Vallerand, 1989). Un premier comité a produit une version française de l'instrument et un second comité, n'ayant pas accès au questionnaire original, a retraduit l'instrument en anglais. La nouvelle version anglaise a été comparée à la version originale et des ajustements ont été faits à partir des différences notées. La co-auteure de l'instrument, Dre Louise Gaston, Ph.D., a également révisé et approuvé la traduction finale de l'instrument (Gaston, 2015, correspondance par courriel). La taille



échantillonnale de la présente étude n'a pas permis de faire une évaluation significative de la cohérence interne du questionnaire (Yurdugul, 2008).

### **Alliance thérapeutique perçue par le patient**

L'échelle d'alliance thérapeutique version patient (California Psychotherapy Alliance Scales; Patient version; CALPAS-P; Gaston & Marmar, 1994) est un test auto-rapporté de 24 items auquel le patient répond à partir d'une échelle de type Likert allant de 1 (pas du tout) à 7 (beaucoup). Le participant doit décrire la dernière séance qu'il vient d'avoir en thérapie en répondant à ces énoncés (p. ex., Avez-vous été tenté de mettre fin à la thérapie lorsque vous étiez fâché(e) ou déçu(e)?). Les dimensions de l'alliance thérapeutique évaluées sont les mêmes que pour l'échelle d'alliance thérapeutique version psychologue, soit la capacité de travail du patient, l'engagement du patient, la compréhension et l'implication du thérapeute ainsi que le consensus sur la stratégie de travail.

Des scores ont été obtenus pour l'alliance thérapeutique totale perçue par le patient aux T1 et T2 (par la moyenne des 24 items dont 12 inversés) et pour les quatre composantes (par la moyenne de six items, dont 3 inversés pour chaque sous-échelle). Le score pouvait se situer entre 1 et 7, tant pour le score total d'alliance thérapeutique que pour celui de chacune des composantes. Un score plus élevé représentait une perception plus positive de l'alliance thérapeutique ou du facteur évalué, et inversement pour un score plus bas.

Selon Gaston (1991), l'outil démontre une cohérence interne satisfaisante ( $\alpha = .84$ ). La version francophone a été mise au point par Gaston et Marmar et validée par Boutin (2005), qui rapporte une cohérence interne satisfaisante ( $\alpha = .84$ ). La taille échantillonnale de la présente étude n'a pas permis de livrer des alphas de Cronbach représentatifs de la cohérence interne de l'outil (Yurdugul, 2008).

### **Désirabilité sociale du psychologue**

L'Échelle de désirabilité sociale de Marlowe et Crown version courte (Reynolds, 1982; traduite par Valla et al., 1997) comporte 13 items et évalue la tendance à vouloir répondre selon des caractéristiques socialement sanctionnées. Le participant doit répondre par vrai ou faux à des énoncés (p. ex., Je trouve parfois difficile de continuer à travailler si on ne m'encourage pas).

Un score a été obtenu pour la désirabilité sociale du psychologue au T1 (en additionnant les 13 items, dont 8 inversés). Le score pouvait se situer entre 0 et 13. Un score élevé signifiait un désir élevé de se présenter de façon socialement désirable, tandis qu'un score plus bas indiquait une représentation plus authentique de soi.

La version courte de l'outil aurait une cohérence interne acceptable ( $\alpha = 0,74$ ) selon Greenberg et Weiss (2012). Rappelons ici que la taille échantillonnale de la présente étude ne permettait pas d'obtenir des alphas de Cronbach représentatifs de la cohérence interne de l'outil (Yurdugul, 2008).

### **Symptomatologie du patient**

L'Inventaire de symptômes en 10 énoncés (SCL-10; Nguyen, Attkisson & Stegner, 1983; traduit et validé par Fortin et Coutu-Wakulczyk, 1985) évalue dans quelle mesure le patient a été incommodé par des symptômes particuliers au cours des sept derniers jours (éléments de dépression, d'anxiété et de somatisation). Il évalue donc la nature et la sévérité de la symptomatologie psychologique du patient. Le participant doit répondre à dix items (p. ex., *Dans quelle mesure avez-vous été incommodé(e) par un sentiment de solitude?*) à partir d'une échelle de type Likert allant de 0 (*pas du tout*) à 4 (*extrêmement*).

Un score a été obtenu pour la symptomatologie du patient au T1 (par la moyenne des dix items). Le score pouvait se situer entre 0 et 4. Un score élevé indiquait une symptomatologie sévère, tandis qu'un score plus bas indiquait des symptômes moins exacerbés.

La version initiale a démontré une cohérence interne satisfaisante ( $\alpha = 0,88$ ) (Nguyen et al., 1983). Fortin et Coutu-Wakulczyk (1985) ont rapporté une cohérence interne très satisfaisante de la version francophone ( $\alpha = 0,90-0,92$ ), ainsi que Boutin (2005,  $\alpha = .87$ ). La taille échantillonnale de la présente étude ne permettait pas de présenter des alphas de Cronbach représentatifs de la cohérence interne de l'outil (Yurdugul, 2008).

## **Procédure**

### **Recrutement des participants**

La participation à l'étude s'est faite sur une base volontaire. Le recrutement a pris place en quatre étapes, puisque le nombre de participants visé n'a pas été atteint et que différentes actions ont été prises pour tenter de remédier à la situation.

Dans un premier temps, une invitation à participer à cette étude visant tous les psychologues du secteur privé de la province a été envoyée par l'Ordre des Psychologues du Québec (OPQ) dans un courriel à leurs membres. Le courriel contenait le sujet de l'étude ainsi qu'une courte description des implications conséquentes à la participation : répondre à un court questionnaire à deux reprises et demander à l'un de leurs patients de compléter également un court questionnaire à deux reprises. Les critères d'inclusion initiaux des psychologues pour participer à la recherche étaient également mentionnés, soit détenir un permis de l'OPQ et travailler actuellement à temps plein ou à temps partiel.

en pratique privée. Les psychologues intéressés à participer à l'étude devaient manifester leur intérêt à la chercheure par courriel.

Étant donné un taux de participation qui n'atteignait pas la taille échantillonnale visée après trois mois, une invitation à participer à l'étude a été publiée dans le communiqué de l'Association des psychologues du Québec (APQ) ainsi que dans des groupes privés de psychologues sur les réseaux sociaux lors des six mois suivants.

En raison des difficultés de recrutement, la collecte de données s'est échelonnée sur une deuxième année et des doctorants en psychologie ont été intégrés à l'étude. Avec l'autorisation de la direction de la Clinique universitaire de psychologie (CUP) de l'Université du Québec à Chicoutimi (UQAC), les doctorants en psychologie y menant un stage ont reçu une invitation à participer à l'étude par courriel. À l'instar du premier temps de la collecte, le courriel contenait le sujet de l'étude ainsi qu'une courte description des implications conséquentes à la participation. Les critères d'inclusion additionnels pour participer à la recherche y étaient mentionnés, soit mener un stage dans un milieu privé ou à la CUP ainsi qu'obtenir l'approbation de son superviseur. Les doctorants intéressés à participer à l'étude devaient contacter la chercheure par courriel.

Dans le but d'augmenter la taille échantillonnale, une dernière tentative de recrutement a également été menée pendant la deuxième année de la collecte de données. Ainsi, plus de cent cinquante psychologues ont également été contactés directement par la chercheuse principale, par téléphone ou par courriel afin d'être invités à participer à la recherche. Ils avaient la possibilité d'exprimer leur intérêt sans s'engager à participer, afin de recevoir la documentation et les directives et pouvoir prendre leur décision à ce moment.

Pendant les deux années de la collecte de données, un total de 16 psychologues et 35 patients ont rempli le premier temps de mesure, alors que 13 psychologues et 7 patients ont rempli le second questionnaire. Certains participants ont oublié de répondre au premier questionnaire mais l'ont fait au T2. En tout, 7 psychologues et 3 patients ont été exclus des analyses, en raison des données manquantes. Seuls les participants ayant complété toutes les mesures au premier et au second temps de mesure ont été retenus pour les analyses statistiques, ce qui laisse un échantillon de 6 dyades. Les six psychologues ayant été considérés dans les analyses sont membres de l'OPQ.

### **Lime Survey**

La plate-forme internet Lime Survey sur laquelle se trouvaient les questionnaires et les formulaires de consentement (présentés à l'Appendice C) est un outil populaire auprès des chercheurs en raison de son interface accessible et du respect de la confidentialité des participants. Les participants pouvaient y avoir accès depuis leur ordinateur personnel.

Cette plateforme de sondage utilisée internationalement a été choisie parce que son nuage de données est situé au Canada et donc régi par les lois canadiennes sur les droits de la personne. Cette particularité certifie par conséquent que la confidentialité des participants sera respectée selon la législation canadienne.

### **Feuilles de directives et codes d'accès sécurisés**

La feuille de directives s'adressant aux psychologues lors de la première passation contenait un rappel de l'objectif et du déroulement de l'étude, les directives pour répondre au questionnaire, les critères d'inclusion pour choisir le patient participant à l'étude, les directives à remettre à ce patient ainsi que les coordonnées des deux chercheurs. La feuille de directives s'adressant aux patients lors de la première passation contenait un paragraphe informatif au sujet de l'étude, les directives pour répondre au questionnaire et les coordonnées des deux chercheurs. La feuille de directives s'adressant aux psychologues et la feuille de directives s'adressant aux patients lors de la deuxième passation contenaient un rappel de l'étude, les directives pour répondre au questionnaire et les coordonnées des deux chercheurs. Le code d'accès sécurisé de chaque participant était unique et assurait sa confidentialité. Un pairage entre les codes d'un psychologue et de son patient a été établi consécutivement afin de permettre une analyse de données cohérente. Les quatre feuilles de directives aux psychologues et aux patients sont présentées à l'Appendice D.

### **Déroulement des passations**

Les deux temps de mesure ont été établis en se basant sur les écrits scientifiques consultés. Le premier se situait entre la troisième et la cinquième séance de la psychothérapie, soit vers la fin de l'évaluation initiale. Il en a été déterminé ainsi puisqu'avant la troisième séance, l'alliance thérapeutique ne serait pas encore établie et ne permettrait pas de prédire le résultat du traitement (Barber & al., 2000 ; Gaston & al., 1998). Bien qu'à partir de la troisième séance, toutes les mesures ont une valeur prédictive sur l'efficacité thérapeutique, celle prise entre la troisième et la cinquième séance en constituent le meilleur prédicteur (Barber, Luborsky, Crits-Christoph, Thase, Weiss, Frank & al., 1999 ; Castonguay, Goldfield, Wiser, Raue & Hayes, 1996 ; Hersoug, Monsen, Havik & Hoglend, 2002 ; Horvath, 2000 ; Joyce & Piper, 1998 ; Sexton, 1996). Il a donc été considéré qu'une mesure de l'alliance thérapeutique à ce moment constituait une variable d'intérêt. Comme Gaston et Marmar (1993) recommandent de prendre plus d'une mesure de l'alliance thérapeutique, un T2 a donc été intégré à l'étude. D'une part, il est recommandé de mesurer l'alliance thérapeutique dans différentes phases du processus, si possible à deux mois d'intervalle (Gaston & Marmar, 1993). D'autres facteurs ont cependant dû être considérés, comme les délais temporels liés aux études doctorales de la chercheuse principale, ainsi que le risque d'attrition associé au taux d'abandon élevé de la thérapie (47,5%, selon Lecomte, 2012). Le T2 a donc été fixé entre la septième et la neuvième séances du processus, soit un mois après la première passation.



Le Tableau 1 présente les questionnaires administrés selon les deux temps de mesure. Au T1, chaque psychologue devait remplir le FFMQ, le CALPAS - version thérapeute, le questionnaire de désirabilité sociale et le questionnaire sociodémographique du psychologue. Chaque patient devait remplir le CALPAS - version patient, le SCL-10 et le questionnaire sociodémographique du patient. La première passation demandait environ 25 minutes aux psychologues et 15 minutes aux patients. Au T2, soit entre la septième et la neuvième rencontre, chaque psychologue devait remplir à nouveau le CALPAS - version thérapeute. Chaque patient devait remplir le CALPAS - version patient et le SCL-10. La deuxième passation demandait 10 minutes aux psychologues et 10 minutes aux patients.

Tableau 1

*Questionnaires administrés selon les deux temps de mesure*

Temps de mesure	Psychologue	Patient
T1	Questionnaire sociodémographique	Questionnaire sociodémographique
	FFMQ	CALPAS-P
	CALPAS-T	SCL-10
	Échelle de désirabilité sociale	
T2	CALPAS-T	CALPAS-P
		SCL-10

### Plan de l'expérience

Cette recherche est de type quantitatif. Le devis de recherche est corrélationnel prospectif puisque la variable indépendante, soit la pleine conscience, n'a pas été manipulée, et qu'il y a eu deux temps de mesure. En effet, la variable dépendante (alliance thérapeutique) et l'une des variables contrôle (symptomatologie du patient) ont été mesurées en deux temps, la première passation se situant entre la troisième et la cinquième rencontre et la deuxième entre la septième et la neuvième rencontre. Ce devis de recherche ne permet pas d'établir des liens de causalité directs entre les variables.

### **Analyses statistiques effectuées**

Des analyses descriptives ont d'abord été menées. Par la suite, considérant la petite taille de l'échantillon ( $n=6$ ) et le non-respect du postulat de normalité des tests paramétriques, des tests non-paramétriques ont été conduits afin de répondre aux questions de recherche. La régression linéaire multiple planifiée avant la collecte de données n'a donc pu être menée et le choix s'est arrêté sur des corrélations par rang de Spearman (l'équivalent non-paramétrique des corrélations de Pearson), qui ont permis de vérifier la présence d'associations entre la pleine conscience du psychologue et l'alliance thérapeutique perçue par le psychologue et le patient entre la septième et la neuvième séances du processus de psychothérapie. La réalisation de corrélations partielles a permis d'inclure les deux variables contrôle à l'étude, soit la désirabilité sociale du psychologue et la symptomatologie du patient. Suite aux premières analyses principales et à de nouvelles réflexions sur les fluctuations de l'alliance thérapeutique, il a été décidé que des analyses supplémentaires (corrélations de Spearman) seraient menées pour détecter la présence d'associations entre la pleine conscience du psychologue et l'alliance thérapeutique perçue par le psychologue et le patient entre la troisième et la cinquième séances du processus de psychothérapie. De plus, des corrélations de Spearman ont été calculées entre l'alliance thérapeutique perçue par le psychologue au T1 et au T2, entre l'alliance thérapeutique perçue par le patient au T1 et au T2, entre l'alliance thérapeutique perçue par le psychologue au T1 et l'alliance thérapeutique perçue par le patient au T2, ainsi qu'entre l'alliance thérapeutique perçue par le patient au T1 et l'alliance

thérapeutique perçue par le psychologue au T2 ( $AT_{\text{PSY-T1}} - AT_{\text{PSY-T2}}$ ,  $AT_{\text{PAT-T1}} - AT_{\text{PAT-T2}}$ ,  $AT_{\text{PSY-T1}} - AT_{\text{PAT-T2}}$ ,  $AT_{\text{PAT-T1}} - AT_{\text{PSY-T2}}$ ).

## Résultats

La prochaine section vise à rapporter les résultats obtenus suite aux analyses. Dans un premier temps, les procédures préliminaires aux analyses seront décrites. Dans un deuxième temps, les résultats aux analyses principales et supplémentaires, soit des corrélations de Spearman, seront rapportés. Il est important de spécifier que bien que les relations significatives obtenues soient intéressantes, elles seront interprétées avec prudence. En effet, la petite taille de l'échantillon ( $n=6$ ) a réduit la puissance statistique des analyses, nonobstant l'utilisation d'un test non-paramétrique tel que la corrélation de Spearman (Bishara et Hittner, 2012).

### **Procédures préliminaires**

Les analyses statistiques ont été menées à partir du logiciel Statistical Package for Social Sciences (SPSS 23). La préparation des données a permis l'identification des erreurs d'entrée de données et le traitement des items inversés afin d'obtenir des scores globaux unidirectionnels. Les participants n'ayant pas complété les deux temps de mesure ont été exclus des analyses. Le test du khi-carré a été envisagé, mais n'a pas été retenu puisqu'il ne permettait pas d'inclure les variables contrôle aux analyses. Au total, six dyades psychologue-patient ayant complété les deux temps de mesure (T1 et T2) ont été retenues pour les analyses principales et supplémentaires. Aucune donnée manquante n'a été identifiée dans la banque de données finales.

## **Analyses descriptives**

### **Description de l'échantillon**

Les psychologues, cinq femmes et un homme, étaient âgés entre 44 et 73 ans. La moyenne d'âge était de 52 ans avec un écart-type de 11. Ils étaient détenteurs d'un permis de l'Ordre des psychologues du Québec (OPQ) depuis 20 ans en moyenne (entre 16 et 26 ans) et travaillaient en pratique privée, à temps plein ou à temps partiel, depuis 18 ans en moyenne (entre 15 et 24 ans). Quatre des psychologues exerçaient leur profession en pratique privée à temps plein. Le Tableau 2 présente les caractéristiques professionnelles des psychologues, soit leur approche théorique, les clientèles avec lesquelles ils travaillent et les problématiques pour lesquelles ils offrent des services.

Tableau 2  
*Caractéristiques professionnelles du psychologue*

Caractéristiques professionnelles	Catégories	Nombre de psychologues
Approches théoriques	Humaniste-existentielle	4
	Psychodynamique/Psychanalytique	1
	Cognitive-comportementale	3
	Systémique/Interactionnelle	1
	Psychothérapie gestaltiste des relations d'objets (PGRO)	1
	EMDR	1
Clientèles	Adulte	6
	Personnes âgées	1
Problématiques habituelles	Vie conjugale et familiale	3
	Situations difficiles de la vie	6
	Difficultés professionnelles	6
	Difficultés personnelles et interpersonnelles	6
	Troubles de la personnalité	2
	Violence et abus	1
	Dépendances	1

Les patients, quatre hommes et deux femmes, étaient âgés entre 28 et 51 ans. Cinq d'entre eux étaient mariés ou en union libre et un était célibataire. Les six participants travaillaient à temps plein. Le plus haut niveau de scolarité qu'ils avaient obtenu est présenté au Tableau 3. Cinq des participants avaient déjà été en thérapie avec d'autres psychologues que ceux qui les suivaient au moment de la passation. Au T1, quatre participants avaient



complété trois séances de psychothérapie et deux participants en avaient complété quatre. La fréquence des rencontres était établie sur une base hebdomadaire. Cinq patients évaluaient le pourcentage de séances de thérapie où ils avaient été présents à 100%, alors qu'un autre estimait avoir assisté à 95% des séances. Aucun des participants ne rapportait éprouver des difficultés particulières à voir son psychologue. Trois des patients défrayaient eux-mêmes les honoraires de leur thérapie, un patient voyait ses honoraires être défrayés par un tiers payeur, un en payait la moitié et l'autre moitié était défrayée par un tiers payeur et finalement, un patient payait ses honoraires mais avait des assurances qui en couvraient 80%. Le Tableau 3 présente les informations sociodémographiques du patient.

Tableau 3		
<i>Informations sociodémographiques du patient</i>		
Informations sociodémographiques	Catégories	Nombre de patients
Genre	Femme	2
	Homme	4
État matrimonial	En couple	5
	Célibataire	1
Plus haut niveau de scolarité	Études secondaires complétées	1
	Baccalauréat universitaire complété	3
	Maitrise universitaire complétée	1
	Maitrise universitaire non complétée	1
Occupation principale	Travail à temps plein	6
Nombre de psychologues consultés antérieurement	Aucun	1
	1	1
	3	2
	Plus de 5	2
Rythme de la psychothérapie	Hebdomadaire	6
Médication	Aucune	3
	Paroxétine	1
	Effexor	1
	Imovane	1
	Sertraline	1

Événements stressants vécus depuis le début de la thérapie	Aucun	4
	Séparation	2
	Sinistre (impliquant une relocalisation temporaire)	1

---

### **Pleine conscience du psychologue au premier temps de mesure**

Le Tableau 4 présente les statistiques descriptives du score total de la pleine conscience du psychologue et de ses sous-échelles. Les psychologues présentaient des résultats plus élevés aux échelles de description de l'expérience et de non jugement, par rapport aux échelles d'observation, d'action en pleine conscience et de non-réactivité aux événements privés. Leur évaluation de leur niveau global de pleine conscience était modérément élevée.

Tableau 4

*Statistiques descriptives de la pleine conscience du psychologue*

Pleine conscience	Étendue possible	Étendue actuelle	Moyenne	Écart-type
Pleine conscience totale	39 – 195	141 – 173	156,00	12,89
Observation	8 – 40	23 – 35	29,33	4,22
Description de l'expérience	8 – 40	31 – 37	34,16	2,56
Action en pleine conscience	8 – 40	18 – 35	29,50	6,56
Non-réactivité aux événements privés	7 – 35	24 – 30	26,66	2,16
Non-jugement	8 – 40	28 – 40	36,33	4,50

**Alliance thérapeutique perçue par le psychologue et le patient aux T1 et T2**

Le Tableau 5 présente les statistiques descriptives du score total de l'alliance thérapeutique et de ses sous-échelles perçues par le psychologue et le patient aux T1 et T2. Les résultats indiquent que les patients avaient en moyenne une perception plus positive de l'alliance thérapeutique que les psychologues aux deux temps de mesure, et ce

pour le score total et pour chacune des sous-échelles, à l'exception de la capacité de travail du patient en début de processus.

Tableau 5

*Statistiques descriptives de l'alliance thérapeutique perçue par le psychologue et le patient aux T1 et T2*

Alliance thérapeutique		T1		T2	
		Psychologue	Patient	Psychologue	Patient
Alliance thérapeutique totale	Étendue	5,54 – 6,63	6,29 – 6,88	5,96 – 6,38	6,25 – 6,92
	Moyenne	6,20	6,59	6,18	6,68
	Écart-type	0,37	0,23	0,13	0,23
Capacité de travail du patient	Étendue	5,67 – 7,00	5,33 – 6,83	6,00 – 6,50	5,33 – 7,00
	Moyenne	6,41	6,16	6,30	6,41
	Écart-type	0,60	0,60	0,24	0,56
Engagement du patient	Étendue	5,33 – 6,83	6,17 – 6,83	6,00 – 6,67	6,17 – 7,00
	Moyenne	6,33	6,47	6,33	6,55
	Écart-type	0,52	0,24	0,23	0,29
Consensus de stratégie de travail	Étendue	4,17 – 6,00	6,50 – 7,00	5,33 – 5,67	6,50 – 7,00
	Moyenne	5,41	6,86	5,55	6,80
	Écart-type	0,65	0,19	0,13	0,19
Compréhension et implication du thérapeute	Étendue	6,33 – 7,00	6,50 – 7,00	6,00 – 6,83	6,67 – 7,00
	Moyenne	6,63	6,86	6,52	6,94
	Écart-type	0,24	0,22	0,35	0,13

**Variables contrôle**

Le Tableau 6 présente les statistiques descriptives des deux variables contrôle : la désirabilité sociale du psychologue et la symptomatologie du patient. Les données qui y sont présentées regroupent l'étendue possible, l'étendue actuelle, la moyenne et l'écart-type.

Tableau 6  
*Statistiques descriptives des variables contrôle*

	Étendue possible	Étendue actuelle	Moyenne	Écart-type
Désirabilité sociale	0 – 13	5,00 – 9,00	7,66	1,50
Symptomatologie des patients	0 – 4	1,30 – 2,80	2,20	0,50

### Corrélations de Spearman

#### Description de l'analyse

La corrélation par rang de Spearman a été choisie pour les analyses, car cette technique d'analyse de relation entre les variables est robuste avec des échantillons non-normaux et des scores extrêmes (Croux et Dehon, 2010). La procédure Corrélations partielles a été utilisée, puisqu'elle permet d'obtenir des coefficients de corrélation qui décrivent le rapport linéaire entre deux variables tout en contrôlant les effets d'une ou de plusieurs autres variables (désirabilité sociale du psychologue et symptomatologie du patient). Le coefficient de Spearman (rho de Spearman :  $r_s$ ) représente la force ainsi que la direction de la relation. Les valeurs de ce coefficient peuvent varier entre 1.00 (corrélation positive parfaite) et -1.00 (corrélation négative parfaite). Pour ce type de corrélation, la relation entre les scores selon leur rang a été observée. Lorsque l'augmentation d'une variable était associée à l'augmentation de la deuxième variable, il y avait présence d'une corrélation positive et lorsque la diminution d'une variable était associée à la diminution de l'autre variable, on pouvait conclure à une corrélation négative.



Afin d'utiliser ce type d'analyses, il est nécessaire de respecter deux conditions spécifiques. D'une part, les variables doivent être de nature ordinale. Pour cette raison, toutes les variables combinées à l'étude ont été transformées en variables ordinales, c'est-à-dire qu'elles ont été classées par leur rang. D'autre part, la relation entre les variables à l'étude devait être unidirectionnelle ou monotone. Une relation monotone était identifiée lorsque la représentation graphique de la relation entre les deux variables ne comportait pas de sommet et d'abime (Artusi, Verderio et Marubini, 2002).

Plusieurs résultats significatifs ont ressorti des analyses. Les relations entre la pleine conscience du psychologue et l'alliance thérapeutique perçue par le psychologue et le patient seront d'abord rapportés, puis celles entre l'alliance thérapeutique au T1 et l'alliance thérapeutique au T2 seront exposées. Rappelons que pour chaque corrélation, la désirabilité du psychologue et la symptomatologie du patient ont été contrôlées.

### **Analyses principales sur la pleine conscience du psychologue au T1 et l'alliance thérapeutique perçue par le psychologue et le patient au T2**

**Pleine conscience du psychologue au T1 et alliance thérapeutique perçue par le psychologue au T2.** Les résultats des analyses ont démontré qu'il n'y avait pas de relation significative entre la pleine conscience du psychologue et l'alliance thérapeutique perçue par le psychologue entre la septième et la neuvième séance.

**Pleine conscience du psychologue au T1 et alliance thérapeutique perçue par le patient au T2.** Il est ressorti quatre corrélations significatives de ces analyses. Cependant, aucune de celle-ci n'était monotone lorsqu'observée graphiquement, ce qui signifie que ces relations n'ont pas été considérées comme valides.

**Analyses supplémentaires sur la pleine conscience du psychologue et l'alliance thérapeutique perçue par le psychologue et le patient au T1**

Le Tableau 7 présente les associations obtenues entre la pleine conscience du psychologue et l'alliance thérapeutique perçue par le psychologue et le patient au T1.

Tableau 7

*Associations entre la pleine conscience du psychologue et l'alliance thérapeutique perçue par le psychologue et le patient au T1*

Alliance thérapeutique	Pleine conscience du psychologue		
	Pleine conscience totale	Action en pleine conscience	Non-jugement
Alliance thérapeutique totale perçue par le psychologue	0,96*		
Alliance thérapeutique totale perçue par le patient	0,99**		
Capacité de travail du patient perçue par le psychologue			0,97*
Capacité de travail du patient perçue par le patient		0,99**	
Engagement du patient perçu par le psychologue		0,99*	
Consensus de stratégie de travail perçu par le psychologue			0,96*

*Note.* Seules les corrélations significatives sont rapportées dans le présent tableau afin de mettre en évidence les associations obtenues.

\*  $p < 0,05$ . \*\*  $p < 0,01$

**Pleine conscience des psychologues et alliance thérapeutique perçue par le psychologue au T1.** Quatre corrélations significatives ont été relevées entre la pleine conscience (PC) du psychologue et l'alliance thérapeutique (AT) perçue par le psychologue au T1. Premièrement, les résultats indiquaient une corrélation positive statistiquement significative ( $r_s = .96, p = .037$ ) entre la pleine conscience totale du psychologue et l'alliance thérapeutique perçue par le psychologue. Deuxièmement, une corrélation positive statistiquement significative ( $r_s = .99, p = .014$ ) a été découverte entre la sous-échelle d'action en pleine conscience de la PC du psychologue et l'engagement du patient de l'AT perçu par le psychologue. Troisièmement, une corrélation positive statistiquement significative ( $r_s = .97, p = .033$ ) a été décelée entre le facteur de non-jugement de la PC du psychologue et la capacité de travail du patient de l'AT perçue par le psychologue. Finalement, une corrélation positive statistiquement significative ( $r_s = .96, p = .042$ ) était présente entre la composante non-jugement de la PC du psychologue et le consensus de stratégie de travail de l'AT perçu par le psychologue. Ainsi, un psychologue qui parvient mieux à éviter de juger ses propres pensées, expériences et émotions perçoit un meilleur accord entre son patient et lui sur la façon dont la thérapie devait se dérouler.

**Pleine conscience du psychologue et alliance thérapeutique perçue par le patient au T1.** Les résultats ont révélé la présence de deux corrélations significatives entre la pleine conscience (PC) du psychologue et l'alliance thérapeutique (AT) perçue par le patient au T1. Le premier lien décelé était une corrélation positive statistiquement

significative ( $r_s = .99, p = .009$ ) entre la pleine conscience totale du psychologue et le score total d'alliance thérapeutique perçue par le patient. La deuxième corrélation positive statistiquement significative ( $r_s = .99, p = .007$ ) indiquait une association entre le facteur d'action en pleine conscience de la PC du psychologue et la capacité de travail du patient de l'AT perçue par le patient.

### **Analyses supplémentaires sur l'alliance thérapeutique perçue par le psychologue et le patient aux T1 et T2**

Le Tableau 8 présente les associations obtenues entre les composantes de l'alliance thérapeutique perçue par le psychologue et le patient aux T1 et T2. Ces associations seront analysées à la suite du tableau.

Tableau 8

*Associations entre l'alliance thérapeutique perçue par le psychologue et le patient aux T1 et T2*

Alliance thérapeutique			
	Engagement du patient perçu par le patient – T2	Consensus de stratégie de travail perçu par le patient – T2	Engagement du patient perçu par le psychologue – T2
Consensus de stratégie de travail perçu par le patient – T1	-0,98*		-0,99**
Compréhension et implication du thérapeute perçu par le patient – T1		0,95*	
Consensus de stratégie de travail perçu par le psychologue – T1		0,99**	

*Note.* Seules les corrélations significatives sont rapportées dans le présent tableau afin de mettre en évidence les associations obtenues

\*  $p < 0,05$ . \*\*  $p < 0,01$

**Alliance thérapeutique perçue par le psychologue aux T1 et T2.** Les résultats des analyses démontrent qu'il n'y avait pas de relation significative entre l'alliance thérapeutique perçue par le psychologue aux T1 et T2.

**Alliance thérapeutique perçue par le patient aux T1 et T2.** Deux liens significatifs sont ressortis des analyses supplémentaires sur l'alliance thérapeutique (AT) perçue par le patient aux T1 et T2. D'abord, une corrélation négative statistiquement significative ( $r_s = -.98, p = .022$ ) a été décelée entre le consensus de stratégie de travail de l'AT perçu par le patient au T1 et l'engagement du patient de l'AT perçu par le patient au T2. Les résultats ont également démontré une corrélation positive statistiquement significative ( $r_s = .95, p = .050$ ) entre la compréhension et l'implication du thérapeute de l'AT perçue par le patient au T1 et le consensus de stratégie de travail de l'AT perçu par le patient au T2.

**Alliance thérapeutique perçue par le psychologue au T1 et par le patient au T2.** Une corrélation positive statistiquement significative ( $r_s = .99, p = .005$ ) est ressortie des analyses entre le consensus de stratégie de travail de l'AT perçu par le psychologue au T1 et le consensus de stratégie de travail de l'AT perçu par le patient au T2.

**Alliance thérapeutique perçue par le patient au T1 et par le psychologue au T2.** Une corrélation négative statistiquement significative ( $r_s = -.99, p = .008$ ) a été détectée entre le consensus de stratégie de travail de l'AT perçu par le patient au T1 et l'engagement du patient de l'AT perçu par le psychologue au T2.

**Désirabilité sociale du psychologue et symptomatologie du patient.** Pour chacune des associations statistiquement significatives rapportées précédemment, aucune relation significative n'a été obtenue entre les variables principales (pleine conscience totale et ses

sous-échelles, alliance thérapeutique totale et ses sous-échelles) et les variables contrôle, soit la désirabilité sociale du psychologue et la symptomatologie du patient. Cela signifie que les relations obtenues ne sont pas attribuables à un désir du psychologue de se montrer d'une manière particulièrement favorable ou à une symptomatologie anxio-dépressive significativement élevée ou basse chez le patient.

En somme, les questions de recherche initiales, qui supposaient des associations entre la pleine conscience (PC) du psychologue et l'alliance thérapeutique (AT) au T2, n'ont pas été confirmées. Des analyses supplémentaires ont toutefois fait ressortir des liens significatifs entre la pleine conscience totale du psychologue et l'alliance thérapeutique totale perçue par le psychologue et par le patient au T1. Des associations positives statistiquement significatives ont été obtenues entre la sous-échelle action en pleine conscience de la PC du psychologue et, d'une part, la capacité de travail du patient de l'AT perçue par le patient et, d'autre part, l'engagement du patient de l'AT perçu par le psychologue au T1. La sous-échelle non-jugement était associée positivement à la capacité de travail du patient de l'AT perçue par le psychologue et au consensus de stratégie de travail de l'AT perçu par le psychologue au T1. Des associations significatives ont également été obtenues entre l'alliance thérapeutique perçue par le psychologue et par le patient aux T1 et T2. La sous-échelle consensus de stratégie de travail de l'AT perçu par le patient au T1 était associée négativement à l'engagement du patient de l'AT perçu par le psychologue et par le patient au T2. La sous-échelle compréhension et implication du thérapeute de l'AT perçue par le patient au T1 et la sous-échelle consensus de stratégie de



travail de l'AT perçu par le psychologue au T1 étaient toutes deux associées positivement au consensus de stratégie de travail de l'AT perçu par le patient au T2. Ces associations seront discutées au chapitre suivant.

## **Discussion**

La discussion comporte cinq sections. La première présente un rappel des objectifs et des questions de recherche initiales, la deuxième une synthèse explicative des résultats qui concerne non seulement les questions de recherche initiales, mais aussi les analyses supplémentaires menées pour chacune des variables. Les retombées théoriques et pratiques de l'étude sont ensuite présentées, suivies des forces et des limites de la présente recherche. Finalement, comme cinquième et dernière section, des pistes de recherches futures sont proposées.

### **Rappel des objectifs et des questions de recherche**

La présente étude porte sur l'examen des associations entre la pleine conscience du psychologue et l'alliance thérapeutique perçue par le psychologue et par le patient dans le processus de psychothérapie, indépendamment de la désirabilité du psychologue et de la symptomatologie du patient. L'objectif principal de cette étude était de déterminer s'il existe une corrélation significative entre la pleine conscience du psychologue au T1 et l'alliance thérapeutique perçue par le psychologue et par le patient au T2, indépendamment de la désirabilité sociale du psychologue et de la symptomatologie du patient.

Les questions de recherche étaient les suivantes :

Q1) La pleine conscience du psychologue au T1 peut-elle prédire l'alliance thérapeutique perçue par le psychologue au T2, indépendamment de la désirabilité sociale du psychologue et de la symptomatologie du patient?

Q2) La pleine conscience du psychologue au T1 peut-elle prédire l'alliance thérapeutique perçue par le patient au T2, indépendamment de la désirabilité sociale du psychologue et de la symptomatologie du patient?

### **Synthèse des résultats**

#### **Questions de recherche initiales**

La première question de recherche, qui suggérait qu'un niveau de pleine conscience du psychologue plus élevé pourrait prédire la qualité de l'alliance thérapeutique perçue par le psychologue entre la septième et la neuvième séance du suivi, et ce indépendamment de la désirabilité sociale du psychologue et de la symptomatologie du patient, n'a pas pu être répondue en raison de la modification des analyses statistiques imposée par la taille échantillonnale obtenue. La présence de corrélations ayant cependant été vérifiée, aucune relation significative n'a été détectée entre la pleine conscience du psychologue et l'alliance thérapeutique perçue par le psychologue au T2.

La deuxième question de recherche, qui suggérait qu'un niveau de pleine conscience des psychologues élevé pourrait prédire la qualité de l'alliance thérapeutique perçue par

les patients entre la septième et la neuvième séance du suivi, et ce indépendamment de la symptomatologie des patients et de la désirabilité sociale du psychologue, n'a également pu être répondue en raison de la modification des analyses statistiques imposée par la taille échantillonnale obtenue. La présence de corrélations ayant cependant été vérifiée, aucune relation significative n'a été détectée entre la pleine conscience du psychologue et l'alliance thérapeutique perçue par le patient au T2.

**Le T2, moment propice aux résistances.** L'absence d'associations significatives entre les variables concernées par les questions de recherche initiales a mené à une réflexion importante, suivie d'une révision de la direction que prendraient alors les analyses. Des propositions récentes (Brillon, 2018 ; Harnett et al., 2010) permettent de penser que la mesure de l'alliance thérapeutique entre la septième et la neuvième séance pourrait être biaisée par une hausse des résistances précédant le changement chez le patient, qui se manifesteraient par des doutes chez ce dernier et des possibles bris d'alliance thérapeutique. En effet, la dixième séance du processus semblerait être propice au changement thérapeutique (Harnett et al., 2010). Ces données récentes ont été considérées avec le fait connu que le changement thérapeutique est souvent précédé de mouvements de résistance du patient (St-Arnaud, 1999). Cette résistance peut être teintée de doutes face au processus, à son efficacité, et se loger au sein même de l'alliance thérapeutique. Brillon (2018) rapporte d'ailleurs que « dès que les zones de confort du patient seront ébranlées, questionnées, dès que l'ambivalence viendra freiner le processus

de changement, des résistances viendront mettre à rude épreuve l'alliance de travail » (p. 158). Les ruptures d'alliance occasionnés par ces résistances ou par les réactions du psychologue face à elles font partie de toute alliance thérapeutique et, bien qu'ils soient suivis autant que possible d'épisodes de réparation, ils peuvent donner l'impression d'une alliance plus faible, moins solide, tant dans la perception du psychologue que dans celle du patient. Il est possible que ce phénomène ait influencé les associations possibles entre la pleine conscience du psychologue et l'alliance thérapeutique perçue par le psychologue et le patient entre la septième et la neuvième séance. L'absence de confirmation des hypothèses pourrait donc être liée à période de rupture dans l'alliance thérapeutique et de résistances chez le patient précédant le changement, qui coïncideraient avec le T2. À la lumière de ces informations, des analyses supplémentaires ont été menées pour détecter la présence d'associations entre la pleine conscience du psychologue et l'alliance thérapeutique perçue par le psychologue et le patient au T1.

### **Analyses supplémentaires sur la pleine conscience (PC) du psychologue et l'alliance thérapeutique (AT) perçue par le psychologue et le patient au T1**

Les analyses supplémentaires ont mis en lumière que la pleine conscience du psychologue était significativement corrélée à l'alliance thérapeutique perçue par le psychologue et par le patient au T1, et que l'action en pleine conscience et le non-jugement, deux sous-échelles de la pleine conscience, étaient également associés

significativement à des composantes de l'alliance thérapeutique. Ces associations sont décrites dans la section suivante.

**Pleine conscience totale et alliance thérapeutique totale perçue par le psychologue et le patient au T1.** Le score total de pleine conscience est apparu corrélé positivement avec le score total d'alliance thérapeutique perçue par le psychologue et le patient au T1. Ainsi, un haut niveau de pleine conscience chez le psychologue était associé à une perception plus positive de l'alliance thérapeutique entre la troisième et la cinquième séance du suivi, tant par le psychologue que par son patient. Brillon (2018) aborde la conscience primaire du moment présent, qui fait référence à l'attention dirigée vers l'expérience qui se produit actuellement, mais dont les perceptions ne restent pas imprégnées à l'esprit si une attention plus soutenue ne lui est pas portée. Ces perceptions influenceraient tout de même l'orientation de la relation, à l'insu des acteurs de celle-ci. Elle ajoute qu'il est possible de faire de l'expérience émotionnelle du moment présent un matériau brut de psychothérapie, et que pour cela « il faut simplement y être présent, la laisser se déployer et la contenir ». Ainsi la pleine conscience du psychologue pourrait lui permettre d'intégrer à sa réflexion des observations supplémentaires de la relation avec son patient, qu'il pourrait ensuite intégrer à ses interventions pour influencer différemment celle-ci. Ces propos peuvent expliquer la présence d'une association positive entre le niveau de pleine conscience du psychologue et la qualité de l'alliance thérapeutique perçue à la fois par le psychologue et par le patient.

De plus, dans un article portant sur l'approche humaniste de Carl Rogers, Galam (2014) affirme que pour écouter le client, l'aidant est « obligé de refréner les envies qu'il peut avoir de s'impliquer dans le discours, ou au contraire de s'en évader par la pensée. Pour ce faire, il lui faut être totalement présent et cela nécessite un travail » (p. 408). Il précise qu'en étant à l'écoute de lui-même et en faisant preuve d'acceptation face à la personne qu'il est, le psychologue améliore son écoute et son acceptation d'autrui. Cet état, qui présente une similitude avec le concept de pleine conscience, lui permettrait non seulement de mieux distinguer ses propres problèmes et désirs de ceux de son client, donc d'être plus présent au vécu affectif réel de ce dernier, mais aussi de tendre vers une meilleure congruence. Galam soutient d'ailleurs que la congruence est la caractéristique majeure à développer pour susciter la parole du client et améliorer sa relation avec lui. La congruence est définie comme la meilleure adéquation possible entre l'expérience vécue, la perception de l'expérience vécue et le comportement découlant de cette expérience (Galam, 2014). Le développement de cette caractéristique chez le psychologue lui demande d'aiguiser sa conscience de l'expérience vécue en relation avec son patient, mais également de sa subjectivité qui vient teinter sa perception de cette expérience ainsi que de ses réactions face à celle-ci. La congruence semble ainsi sous-tendue par un certain niveau de pleine conscience. Il est donc également possible que ce soit en permettant une plus grande acceptation et une meilleure congruence chez le psychologue que son niveau global de pleine conscience soit associé à une alliance thérapeutique perçue plus positivement par le psychologue et par le patient.



**Action en pleine conscience de la PC et engagement du patient de l'AT perçu par le psychologue au T1.** La composante d'action en pleine conscience de la PC était corrélée positivement avec l'engagement du patient de l'AT perçu par le psychologue entre la troisième et la cinquième séance. Ainsi, plus le psychologue est en mesure de demeurer dans le moment présent, de se concentrer sur des tâches sans se perdre dans ses pensées et d'éviter d'agir sur le mode pilote automatique, plus il perçoit le patient comme engagé à poursuivre, à compléter sa psychothérapie et à s'investir dans un lien de confiance avec lui. Une hypothèse pouvant expliquer cette association est soutenue par un autre argument de Brillon (2018), qui rapporte que les bases de l'empathie « sont neurologiques et proviennent de l'activité des neurones miroirs qui s'activent aussi bien quand nous effectuons nous-mêmes une action ou éprouvons une émotion que quand nous observons cette action ou cette émotion chez l'autre » (p. 144). Les neurones miroirs permettent donc au psychologue d'imaginer ce qu'il pourrait éprouver et penser s'il était à la place de son patient. Il est plausible de croire que la capacité du psychologue à demeurer centré sur les tâches impliquées dans le processus thérapeutique sans se perdre dans ses pensées ni agir en mode automatique peut lui permettre d'évaluer avec plus de précision son propre niveau d'engagement dans le processus et d'attachement à son patient, mais également, par le phénomène des neurones miroirs, le niveau d'engagement de son patient dans la thérapie, incluant son niveau d'attachement face à lui.

**Action en pleine conscience de la PC et capacité de travail du patient de l'AT perçue par le patient au T1.** La sous-échelle d'action en pleine conscience de la PC était également corrélée positivement avec la capacité de travail du patient de l'AT perçue par le patient, entre la troisième et la cinquième séance. Ainsi, plus le psychologue est en mesure de demeurer dans le moment présent, de se concentrer sur des tâches sans se perdre dans ses pensées et d'éviter d'agir en mode automatique, plus le patient perçoit qu'il est en mesure de travailler activement et avec détermination dans le traitement. Un autre apport de Rogers bien résumé par Galam (2014) suppose que lorsque le psychologue parvient à être suffisamment conscient de ses interventions et du travail qu'il fait avec le client, ses propres sentiments peuvent être interprétés comme des reflets de ceux de son client. Si ceux-ci sont persistants et qu'il parvient, en restant concentré sur la tâche de maintenir son attention dirigée vers l'expérience que son client peut avoir de ces sentiments, « ils gagneront à être exprimés et proposés au [client] qui les recevra d'autant plus qu'ils entrent en résonnance avec ses propres problématiques » (Galam, 2014, p. 409). Ainsi, un psychologue qui a une bonne capacité à demeurer centré sur la tâche sans se perdre dans ses pensées peut, en exprimant une partie de son expérience affective dans l'alliance thérapeutique, aider son client à travailler activement dans le traitement. Aiken, en 2006, affirmait déjà que la pleine conscience permettait au psychologue d'aider leurs patients à améliorer leur présence dans le moment présent et à exprimer ce qu'ils ressentent. En effet, par des interventions qui gagnent en justesse sur le vécu affectif du patient, mais également par le modèle que le psychologue offre en parvenant à demeurer centré sur la tâche, il encourage le patient à travailler activement dans le processus. Galam

(2014) ajoute ainsi qu'assister au travail que le psychologue opère dans sa relation à lui-même permettra au client d'utiliser cette expérience pour transformer son fonctionnement.

**Non-jugement de la PC et capacité de travail du patient de l'AT perçue par le psychologue au T1.** La sous-échelle de non-jugement de la PC était corrélée positivement avec la capacité de travail du patient de l'AT perçue par le psychologue entre la troisième et la cinquième séance. En portant moins de jugements sur ce qui l'habite, le psychologue semble percevoir une plus grande habileté chez son patient à travailler activement et avec détermination dans le traitement. Il est possible que la capacité de non-jugement du psychologue constitue une caractéristique qui permette à son patient de progresser vers certains objectifs thérapeutiques, comme l'individuation et la responsabilisation. Rogers avançait déjà, en 1968, que le jugement de l'aidant ne favorise pas le développement de la personnalité, et qu'une relation d'aide devrait en être dénuée le plus possible. Selon lui, un regard inconditionnel de l'aidant, libéré de ses jugements de valeur, permet davantage au client de reconnaître ses propres jugements face à lui-même et la part de responsabilité qu'il porte dans son fonctionnement. Galam (2014) va dans le même sens, en affirmant que le psychologue doit respecter sa propre différence et celle de son client, et faire sentir à ce dernier que ce n'est pas son rôle de l'évaluer et que ce processus doit se produire à l'intérieur de lui. En jugeant les propos du client et en tentant de les influencer, le psychologue endosserait une partie de la responsabilité de ce qui lui arrivera dans le futur (Galam, 2014). Rogers (1968) ajoute qu'en s'éloignant des jugements basés sur son propre système de valeurs, le psychologue permet au client de sentir que le sens de sa vie dépend

principalement de lui et qu'aucune évaluation externe n'a le pouvoir de changer cela, le poussant ainsi à prendre ses propres responsabilités et à travailler activement dans le traitement.

**Non-jugement de la PC et consensus de stratégie de travail de l'AT perçu par le psychologue au T1.** La composante de non-jugement de la PC était corrélée positivement au consensus de stratégie de travail de l'AT perçu par le psychologue entre la troisième et la cinquième séance. Une meilleure capacité du psychologue à éviter de juger ses propres pensées, expériences et émotions est ainsi associée à une perception plus positive de sa part de l'accord avec son patient sur le déroulement du traitement. Un nouvel apport de Brillon (2018) stipule qu'un psychologue qui oriente la démarche d'évaluation initiale en fonction de questions très précises sous-tendues par ses propres valeurs ou idées préconçues sur la problématique du patient risque d'encourager une démarche intellectuelle et moins centrée sur les sentiments réels et actuels de ce dernier. Cependant, une position d'écoute intéressée, d'ouverture et de non-jugement favoriserait chez le patient l'adoption d'une posture similaire face à ses propres émotions, ce qui leur permettrait d'avoir accès avec plus de justesse au vécu affectif du patient et à cibler un mandat thérapeutique et des manières d'atteindre celui-ci plus cohérents avec ce vécu subjectif. Dans le même sens, cette position adoptée par le psychologue permettra au patient de sentir qu'au sein de cette alliance, « il sera vu, entendu et compris, sans pour autant être jugé » (Brillon, 2018, p. 101), et ce sentiment l'encouragera à livrer ses émotions et pensées authentiques. C'est à partir de ce matériel thérapeutique plus juste,

moins rationalisé et défensif que le psychologue pourra établir un meilleur consensus avec son patient sur les cibles de traitement à atteindre. Cet argument peut expliquer l'association entre la capacité de non-jugement du psychologue et sa perception d'un meilleur consensus de stratégie de travail au T1.

### **Analyses supplémentaires sur l'alliance thérapeutique perçue par le psychologue et le patient aux T1 et T2**

Des analyses supplémentaires portant sur la présence de corrélations entre l'alliance thérapeutique perçue par le psychologue et par le patient aux T1 et T2 ( $AT_{PSY-T1} - AT_{PSY-T2}$ ,  $AT_{PAT-T1} - AT_{PAT-T2}$ ,  $AT_{PSY-T1} - AT_{PAT-T2}$ ,  $AT_{PAT-T1} - AT_{PSY-T2}$ ) ont mis en lumière certaines composantes de l'alliance thérapeutique qui étaient significativement liées entre elles.

**Consensus de stratégie de travail de l'AT perçu par le patient au T1 et engagement du patient de l'AT perçu par le psychologue et le patient au T2.** Le consensus de stratégie de travail de l'AT perçu par le patient entre la troisième et la cinquième séance était corrélé négativement avec l'engagement du patient de l'AT perçu par le psychologue et par le patient entre la septième et la neuvième séance. Un consensus de stratégie de travail perçu positivement par le patient au T1 est donc associé à un engagement du patient moins élevé perçu par le psychologue et par le patient au T2. L'association peut également révéler qu'un consensus de stratégie de travail perçu plus négativement par le patient au T1 est corrélé avec un meilleur engagement du patient perçu

par le psychologue et le patient au T2. Rappelons que le consensus de stratégie de travail réfère à l'accord entre le psychologue et le patient sur le déroulement et les objectifs de psychothérapie, alors que l'engagement du patient réfère à sa détermination à poursuivre et à compléter la psychothérapie, ainsi qu'à investir un lien de confiance avec son psychologue. Cette association apparaît au premier abord contre-intuitive. Cependant, les écrits scientifiques tendent à démontrer qu'une alliance thérapeutique passerait nécessairement par des épisodes de ruptures, qui consisteraient à un désaccord sur les tâches ou objectifs de psychothérapie ou à des tensions dans le lien affectif (Safran & Muran, 2000). La capacité à identifier et réparer ces ruptures gagnerait à être intégrée à la définition de l'alliance thérapeutique, étant associée à des bénéfices thérapeutiques plus importants (Safran & Muran, 2000). En 2011, Orlinsky et al. soutenaient également qu'un psychologue, pour maintenir une alliance thérapeutique positive, doit arriver à reconnaître les moments où celle-ci se détériore afin de pouvoir la travailler. Ainsi, une alliance thérapeutique positive comporterait des épisodes de tension et de désaccordage récurrents, et l'identification de ceux-ci par le psychologue et par le patient serait souhaitable. Ces précisions sur les fluctuations de l'alliance impliquent que l'association entre un accord sur les objectifs et le déroulement de la psychothérapie (consensus de stratégie de travail de l'AT) perçu positivement par le patient au T1 et un engagement moindre du patient perçu par le psychologue et le patient au T2 révèle possiblement l'indice d'une alliance thérapeutique positive. En effet, l'engagement du patient de l'AT perçu négativement par le psychologue et le patient au T2 pourrait correspondre à un épisode de rupture dans l'alliance et l'identification commune de ces tensions dans leur relation leur permettrait

alors d'entamer la réparation du lien. Il est également possible que les patients avec qui le consensus était plus difficile à établir au départ aient pu bénéficier d'un travail accru de leur psychologue sur la construction de l'AT, ce qui expliquerait qu'ils se sentent plus engagés dans le traitement, et que cela concorde avec la perception de leur psychologue.

**Compréhension et implication du psychologue de l'AT perçues par le patient au T1 et consensus de stratégie de travail de l'AT perçu par le patient au T2.** La composante de compréhension et d'implication du psychologue perçue par le patient entre la troisième et la cinquième séance était corrélée positivement avec le consensus de stratégie de travail perçu par le patient entre la septième et la neuvième séance. Ainsi, un patient qui perçoit, au T1, une bonne compréhension empathique chez son psychologue de ses difficultés, de sa souffrance, des raisons sous-jacentes à ces difficultés ainsi qu'une participation active de sa part dans les séances a l'impression d'être davantage en accord avec son psychologue sur les objectifs et le déroulement de la thérapie au T2. Ladislav et Daragh (2017), dans une revue des études qualitatives ayant été menées sur l'expérience subjective du patient en psychothérapie, soutiennent que le patient rapporte fréquemment l'implication affective du psychologue comme un facteur essentiel à la formation d'une alliance thérapeutique positive. Les recherches de Stern (2003) sur le moment présent en psychothérapie ont révélé que la réorganisation des circuits neuronaux propre au changement du patient se produit généralement durant les moments de rencontre. Ces moments de rencontre résultent d'un accordage émotionnel entre le psychologue et le patient, jusqu'à ce que, pendant de brefs instants, l'expérience affective soit partagée par

l'un et l'autre. Cet accordage émotionnel est la responsabilité du psychologue et repose sur sa capacité à identifier et refléter au patient l'émotion qui l'habite dans l'ici et maintenant. Brillon (2018) ajoute qu'avant que le changement thérapeutique soit engendré, souvent sous-tendu par une réinterprétation des expériences passées, le patient est aux prises avec des souvenirs de situations difficiles où il ne s'est pas senti vu et reconnu dans ce qu'il était et ce qu'il vivait affectivement. Selon ses propos, « lui offrir une compréhension empathique, réponse différente de ce à quoi il s'attend, a des chances de le dérouter, de le surprendre, et de susciter chez lui une réflexion sur ses automatismes » (Brillon, 2018). Ainsi, un patient qui a une perception positive de la compréhension et de l'implication de son psychologue pourrait devenir plus disponible et actif dans ses réflexions en thérapie et favoriser une meilleure communication quant à l'établissement d'objectifs thérapeutiques clairs et partagés.

**Consensus de stratégie de travail de l'AT perçu par le psychologue au T1 et consensus de stratégie de travail de l'AT perçu par le patient au T2.** Le consensus de stratégie de travail perçu par le psychologue au T1 était corrélé positivement avec le consensus de stratégie de travail perçu par le patient au T2. Ainsi, lorsque le psychologue se sent davantage en mesure, entre la troisième et la cinquième séance, de s'accorder avec son patient sur la manière dont la thérapie devrait se dérouler, le patient a une meilleure perception de ce consensus entre la septième et la neuvième séance. Stern (2003) explique que pour arriver à un consensus de stratégie de travail, le psychologue et le patient doivent



construire une compréhension commune des objectifs poursuivis au sein de la psychothérapie et développer ensemble un plan d'intervention, soit une manière d'y parvenir. Son équipe et lui ont étudié l'alliance thérapeutique en la divisant en micro-moments et en portant attention aux interactions entre ces moments. Il soutient que chaque mouvement relationnel engendré par le psychologue ou le patient prépare le mouvement qui suivra, en délimitant son contexte. Il ajoute qu'en sollicitant le point de vue du patient dans le choix des objectifs et en faisant preuve de flexibilité dans la création du plan d'intervention, le psychologue permet au patient d'accepter, rejeter ou modifier leur accord en l'adaptant à sa propre compréhension de sa problématique. Cela pourrait expliquer l'association positive entre le consensus de stratégie de travail perçu par le psychologue au T1 et le consensus de stratégie de travail perçu par le patient au T2. En effet, le psychologue percevrait un bon consensus au moment où il solliciterait la participation du patient et l'impliquerait dans le choix des objectifs de psychothérapie, et au fil des séances, le patient développerait également une perception positive de cet accord sur le déroulement de la psychothérapie.

### **Implications théoriques et pratiques**

Sur le plan théorique, la présente étude contribue à enrichir le corpus de connaissances sur les associations présentes entre la pleine conscience et l'alliance thérapeutique, facteur reconnu de l'efficacité thérapeutique (Lambert et Barley, 2001). Aucune association n'a été détectée entre la pleine conscience du psychologue et l'alliance thérapeutique perçue

par le psychologue et par le patient entre la septième et la neuvième séance du processus de psychothérapie. Il apparaît cependant qu'un niveau élevé de pleine conscience du psychologue serait lié à une perception plus positive de l'alliance thérapeutique perçue par le psychologue et par le patient entre la troisième et la cinquième séance du processus. Cette étude suggère également que la capacité du psychologue à demeurer dans le moment présent, à se centrer sur ses interventions et à ne pas se perdre dans ses pensées serait associé à une perception plus positive du patient de sa capacité de travail thérapeutique ainsi qu'à une meilleure perception du psychologue de l'engagement du patient entre la troisième et la cinquième séance de la psychothérapie. La capacité du psychologue à éviter de juger ses propres pensées, émotions et comportements apparaît aussi liée à une meilleure perception du psychologue de la capacité de travail du patient et du consensus de stratégie de travail entre la troisième et la cinquième séance, soit l'accord présent entre eux sur le déroulement du processus.

Cette recherche a également permis de mettre en lumière des associations entre les composantes de l'alliance thérapeutique perçue par le psychologue et par le patient à deux moments distincts du processus de psychothérapie. En effet, une perception positive du psychologue du consensus de stratégie de travail entre la troisième et la cinquième séance du processus semble liée à une meilleure perception du patient de ce même consensus de stratégie de travail un mois plus tard. Le niveau de compréhension d'implication dans le processus du psychologue perçu positivement par le patient entre la troisième et la

cinquième séance serait également lié à un consensus de stratégie de travail perçu plus positivement par le patient entre la septième et la neuvième séance du processus. Finalement, une perception positive du consensus de stratégie de travail perçu par le patient entre la troisième et la cinquième séance du traitement serait corrélée à un moins bon engagement du patient entre la septième et la neuvième séance, perçu à la fois par le psychologue et par le patient. Bien que la taille échantillonnale ne permette pas de généraliser ces résultats à l'ensemble de la population, cette étude met en lumière des associations qui appuient l'importance de poursuivre les recherches en ce sens.

Pour toutes les associations précédemment rapportées, aucune corrélation n'a été décelée avec les variables contrôle, soit la désirabilité sociale du psychologue et la symptomatologie anxio-dépressive du patient. C'est ainsi dire que les liens significatifs présents entre les composantes de la pleine conscience et de l'alliance thérapeutique ne sont pas attribuables aux efforts du psychologue de paraître sous un meilleur jour, ni à un niveau de détresse anxieuse ou dépressive particulièrement bas ou élevé chez le patient. Cette implication constitue un apport important de cette étude, plusieurs chercheurs dénotaient le trop petit nombre de recherches s'étant penchées sur la possibilité d'un lien entre la pleine conscience du psychologue et la désirabilité sociale (Grégoire et De Mondehare, 2016 ; Horowitz, 2011 ; Wexler, 2006).

Sur le plan pratique, cette recherche permet d'appuyer l'importance de soutenir le développement des caractéristiques de pleine conscience chez les psychologues, telles que la capacité à demeurer dans le moment présent, à centrer son attention sur ses processus internes et sur les émotions d'autrui en évitant autant que possible de les juger. Cette étude suggère en effet que ces aptitudes pourraient être associées à l'établissement d'alliances thérapeutiques plus positives et caractérisées par une meilleure capacité de travail et un meilleur engagement du patient, ainsi qu'un meilleur consensus de stratégie de travail. Elle appuie en ce sens les chercheurs et auteurs qui soulèvent déjà la pertinence d'intégrer la pleine conscience aux programmes de formation des psychologues (Khoury, 2016).

### **Forces et limites de l'étude**

Une première force de la présente recherche est son originalité. En effet, aucune étude à ce jour n'a vérifié la présence d'associations entre la pleine conscience du psychologue et l'alliance thérapeutique perçue par le psychologue et par le patient à deux temps de mesure, en contrôlant la désirabilité sociale du psychologue et la symptomatologie du patient en contexte de pratique en milieu privé.

Une deuxième force de cette étude est l'observation de la qualité de l'alliance thérapeutique à la fois chez le psychologue et chez le patient, dans le cadre d'un devis longitudinal comprenant deux temps de mesure. Cette inclusion d'une double mesure répétée a permis la détection d'associations entre la pleine conscience du psychologue et

l'alliance thérapeutique perçue par le psychologue et par le patient entre la troisième et la cinquième séance du processus. Elle a également permis des analyses supplémentaires qui ont mené à la détection d'associations entre diverses composantes de l'alliance thérapeutique, tant entre les temps de mesure qu'entre le psychologue et son patient. La détection de ces associations malgré la taille échantillonnale et la puissance réduite des analyses statistiques (tests non-paramétriques) laisse penser que la nature des liens observés pourrait être plus importante dans un échantillon plus étendu.

Finalement, une troisième force de cette recherche est la traduction de l'échelle d'alliance thérapeutique de Californie version thérapeute (California Psychotherapy Alliance Scales Therapist version; CALPAS-T; Gaston & Marmar, 1994) par méthode de traduction inversée (Vallerand, 1989). La version francophone de l'instrument a été validée par Dre Louise Gaston, co-auteure de l'outil, et est maintenant accessible pour les futures recherches portant sur l'alliance thérapeutique perçue par le psychologue.

Bien que cette étude ait été menée selon la rigueur inhérente à la démarche scientifique et qu'elle permette d'enrichir les connaissances liées aux associations entre la pleine conscience du psychologue et la qualité de l'AT, certaines limites peuvent être identifiées. Malgré tous les efforts déployés tout au long de la collecte de données, la petite taille échantillonnale ( $N = 6$ ) découlant des difficultés de recrutement en milieu privé est une limite de la présente recherche, puisqu'elle a diminué la puissance des tests statistiques

qui pouvaient être utilisés (non-paramétriques) et que la généralisation des résultats à l'ensemble de la population doit se faire avec prudence. Il est en effet possible que les résultats trouvés diffèrent dans un échantillon différent ou plus important.

La deuxième limite de cette recherche est l'utilisation d'un questionnaire n'ayant pas été validé par le passé, soit le CALPAS version thérapeute. Cet outil a en effet été traduit au cours de la présente étude et la taille échantillonnale obtenue ne permettait pas de mesurer la validité des construits observés (Yurdugul, 2008).

Une dernière limite concerne un biais de sélection possible dans le choix des patients participant à l'étude. En effet, le recrutement des patients s'est fait de manière à respecter la confidentialité, et donc par l'entremise des psychologues. Cela a pu inciter ces derniers, consciemment ou non, à choisir d'inclure dans la recherche un patient avec qui l'alliance thérapeutique semblait plus positive, par exemple.

### **Pistes de recherches futures**

La petite taille échantillonnale de cette étude soulève des pistes qu'il serait intéressant d'explorer dans les recherches futures. En effet, la reproduction d'une étude comme celle-ci au sein de milieux ayant un mandat de recherche pourrait permettre d'augmenter la

taille échantillonnale. Cela permettrait de favoriser le recrutement, de diminuer le risque d'abandon entre les temps de mesure et d'offrir un support de proximité aux participants. Une autre piste de recherche consisterait à ajouter des mesures qualitatives sur la pleine conscience du psychologue et l'alliance thérapeutique perçue par le psychologue et le patient.

Une étude de validation du CALPAS version thérapeute pourrait également être menée, afin d'en évaluer les propriétés psychométriques afin de voir si la fidélité de l'outil et la validité de ses concepts sont équivalentes à celles de la version originale.

Finalement, la systématisation du choix des participants dans la collecte de données d'une étude similaire permettrait d'éviter tout biais de sélection de ceux-ci, par rapport à la présente étude, où les psychologues devaient choisir eux-mêmes les patients qui évalueraient leur alliance thérapeutique. La réplication d'une étude comme celle-ci dans des milieux comportant déjà un mandat de recherche, comme les cliniques universitaires, permettrait possiblement cette systématisation. Comme les patients seraient sensibilisés dès le début du processus à la possibilité de participer à un projet de recherche, ils pourraient recevoir la proposition de participer à l'étude de façon aléatoire, sans impliquer de processus décisionnel du psychologue en cours de suivi.

## **Conclusion**



Le but de cette étude était de déterminer si la pleine conscience du psychologue était corrélée à l'alliance thérapeutique perçue par le psychologue et par le patient dans le processus de psychothérapie, indépendamment de la désirabilité sociale du psychologue et de la symptomatologie du patient. Bien qu'aucun lien n'ait été détecté entre la pleine conscience du psychologue au T1 et l'alliance thérapeutique perçue par le psychologue et par le patient au T2, des analyses supplémentaires ont permis d'obtenir des associations positives entre la pleine conscience du psychologue et l'alliance thérapeutique perçue par le psychologue et par le patient au T1. Il est possible que ce contraste soit influencé par les fluctuations de l'alliance thérapeutique et les résistances qui peuvent précéder le changement en psychothérapie (St-Arnaud, 1999), puisque la dixième séance serait un moment propice aux changements selon Harnett et al. (2010). La perception de part et d'autre des facteurs qui composent une alliance thérapeutique pourrait ainsi s'en trouver affectée temporairement, alors que la dyade se retrouve face au défi qu'implique de réparer un bris d'alliance. Des associations positives ont également été décelées entre des sous-échelles de la pleine conscience (PC) et des sous-échelles de l'alliance thérapeutique (AT) perçue par le psychologue et par le patient au T1, soit entre l'action en pleine conscience de la PC et l'engagement du patient de l'AT perçue par le psychologue, entre l'action en pleine conscience de la PC et la capacité de travail de l'AT perçue par le patient, entre le non-jugement de la PC et la capacité de travail de l'AT perçue par le psychologue, entre le non-jugement de la PC et le consensus de stratégie de travail de

l'AT perçu par le psychologue. Finalement, des analyses supplémentaires portant sur la présence de corrélations entre l'alliance thérapeutique perçue par le psychologue et par le patient aux T1 et T2 ont permis d'observer une association négative entre le consensus de stratégie de travail de l'AT perçu par le patient au T1 et l'engagement du patient de l'AT perçu par le psychologue et le patient au T2, ainsi que des associations positives entre la compréhension et l'implication du thérapeute de l'AT perçues par le patient au T1 et le consensus de stratégie de travail de l'AT perçu par le patient au T2, et entre le consensus de stratégie de travail de l'AT perçu par le psychologue au T1 et le consensus de stratégie de travail de l'AT perçu par le patient au T2.

Bien que la petite taille échantillonnale ne permette pas de généraliser ces résultats, ceux-ci apportent un appui supplémentaire au courant déjà présent dans la communauté scientifique, qui suggère la présence de corrélations entre la pleine conscience du psychologue et l'alliance thérapeutique (Grégoire, Lachance, & Richer, 2016 ; Johnson, 2016 ; Stuart, 2016 ; Kaplan, 2013 ; Ryan, 2012 ; Wexler, 2006). Certains facteurs permettant d'expliquer la nature de ces associations ont été abordés dans le cadre de la discussion et ciblent de façon spécifique certains concepts cliniques centraux tels la résistance, l'attention, la congruence et l'empathie. Les recherches futures pourraient, par le biais de milieux cliniques ayant un mandat de recherche, viser une taille d'échantillon plus imposante, et par le fait même choisir un type d'analyses statistiques plus robustes (par exemple, les analyses dyadiques), qui permettent de tenir compte de l'interdépendance dans les dyades psychologue-patient et de la direction des liens dans un

devis longitudinal. Une taille d'échantillon plus large permettrait également la généralisation des résultats à l'ensemble des psychologues du Québec.

## Références

- Aiken, G. A. (2006). *The potential effect of mindfulness meditation on the cultivation of empathy in psychotherapy*. PhD thesis, Saybrook Graduate School and Research Center, San Francisco, CA.
- Artusi, R., Verderio, P., & Marubini, E. (2002). Bravais-Pearson and Spearman correlation coefficients : meaning, test of hypothesis and confidence interval. *Int J Biol Markers*, 17(2), 148-151.
- Baer, R. A., Smith, G. T., & Allen, K. B. (2004). Assessment of mindfulness by self-report - The Kentucky Inventory of Mindfulness Skills. *Assessment*, 11, 191-206.
- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using self-report assesment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13, 27-45.
- Barber, J. P., Connolly, M. B., Crits-Christoph, P., Gladis, L., & Siqueland, L. (2000). Alliance predicts patients' outcome beyond in-treatment change in symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 1027-1032.
- Barber, J. P., Luborsky, L., Crits-Christoph, P., Thase, M. E., Weiss, R., Frank, A., Onken, L., & Gallop, R. (1999). Therapeutic alliance as predictor of outcome in treatment of cocaine dependence. *Psychotherapy Research*, 9, 54-73.
- Beddoe, A. E., & Murphy, S. O. (2004). Does mindfulness decrease stress and foster empathy among nursing students? *Journal of Nursing Education*, 43(7), 305-312.
- Binder, J. L., & Strupp, H. H. (1997). « Negative process » : A recurrently discovered and underestimated facet of therapeutic process and outcome in the individual psychotherapy of adults. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4, 121-139.
- Bishara, A. J., & Hittner, J. B. (2012). Testing the significance of a correlation with nonnormal data: comparison of Pearson, Spearman, transformation, and resampling approaches. *Psychological methods*, 17(3), 399.
- Bodhi, B. (2011). What does mindfulness really mean? A canonical perspective. *Contemporary Buddhism – An Interdisciplinary Journal*, 12(1), 19-39.
- Boutin, M. (2005). *Relation entre l'alliance thérapeutique, la santé mentale ainsi que la satisfaction envers la thérapie au cours d'un processus psychothérapeutique chez l'adulte*. Mémoire présenté à l'Université du Québec à Chicoutimi.
- Bowen, S., Chawla, N., & Marlatt, G. A. (2010). *Mindfulness-based relapse prevention for addictive behaviors: a clinician's guide*. New York, NY, US: Guilford Press.
- Brillon, M. (2018). *Changer avec la psychothérapie*. Les éditions de l'homme, p.144.
- Brito, G. (2014). Rethinking Mindfulness in the Therapeutic Relationship. *Mindfulness*, 5(4), 351-359.

- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 822-848.
- Bruce, N. G., Manber, R., Shapiro, S. L., & Constantino, M. J. (2010). Psychotherapist mindfulness and the psychotherapy process. *Psychotherapy Theory*, 47(1), 83-97.
- Bruce, N. (2006). *Mindfulness: Core Psychotherapy Process? The Relationship between Therapist Mindfulness and Therapist Effectiveness*. Dissertation presented to the Faculty of PGSP-Stanford Consortium.
- Cantero, K. J. (2015). *The contributions of mindfulness for mental health professionals in training: A critical review*. US: ProQuest Information & Learning.
- Castonguay, L. G., Constantino, M. J., & Holtforth, M. G. (2006). The working alliance: Where are we and where should we go? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43, 271-279.
- Castonguay, C., Golfield, M., Wier, S., Raue, P., & Hayes, J. (1996). Predicting the effect of cognitive therapy for depression: A study of unique and common factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 497-504.
- Christopher, J. C., Chrisman, J. A., Trotter-Mathison, M. J., Schure, M. B., Dahlen, P., & Christopher, S. B. (2011). Perceptions of the Long-Term Influence of Mindfulness Training on Counselors and Psychotherapists; A Qualitative Inquiry. *Journal of Humanistic Psychology*, 51(3), 318-349.
- Crits-Christoph, P., Gibbons, M. B. C., & Hearon, B. (2006). Does the alliance cause good outcome? Recommendations for future research on the alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43(3), 280-285.
- Croux, C., & Dehon, C. (2010). Influence functions of the Spearman and Kendall correlation measures. *Statistical methods & applications*, 19(4), 497-515.
- Eubanks-Carter, C., Muran, J. C., & Safran, J. D. (2015). Alliance-focused training. *Psychotherapy*, 52(2), 169-173.
- Flaxman, P. E., Bond, F. W., & Livheim, F. (2013). *The mindful and effective employee: An acceptance and commitment therapy training manual for improving well-being and performance*. Oakland, CA, US: New Harbinger Publications.
- Fortin, M. F., & Coutu-Wakulczyk, G. (1985). *Validation et normalisation d'une mesure de santé mentale: le SCL-90-R. Rapport présenté au Conseil québécois de la recherche sociale (CQRS)*. Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal.
- Galam, É. (2014). Carl Rogers: une approche centrée sur la personne. *Médecine*, novembre 2014, 408-412.

- Gaston, L. (1991). Reliability and Criterion-Related Validity of the California Psychotherapy Alliance Scales-Patient Version. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3(1), 68-74.
- Gaston, L., & Marmar, C. R. (1994). The California Psychotherapy Alliance Scales. *The working alliance: Theory, research, and practice*, 85-108.
- Gaston, L., & Marmar, C. R. (1993). *Manual of California Psychotherapy Alliance Scales*. Manuel reçu par courriel de Louise Gaston en février 2015.
- Gaston, L., Marmar, C. R., Gallagher, D., & Thompson, L. W., (1991). Alliance prediction of outcome beyond in-treatment symptomatic change as psychotherapy progress. *Psychotherapy Research*, 1, 104-113.
- Gaston, L., Thompson, L., Gallagher, D., Cournoyer, L.-G., & Gagnon, R. (1998). Alliance, technique, and their interactions in predicting outcome of behavioral, cognitive, and brief dynamic therapy. *Psychotherapy Research*, 8, 190-209.
- Germer, C. K., Siegel, R. D., & Fulton, P. R. (2005). *Mindfulness and psychotherapy*. New York, NY, US: Guilford Press.
- Greenberg, B., & Weiss, P. (2012). Validation of a Short Form of the Marlowe-Crowne for Use with Law Enforcement Personnel. *J Police Crim Psych*, 27, 123-128.
- Greenberg, L. S., Watson, J. C., Elliot, R., & Bohart, A. C. (2001). Empathy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 380-384.
- Grégoire, S., & De Mondehare, L. (2016). Enjeux liés à la définition et à la mesure de la pleine conscience. Dans S. Grégoire, L. Lachance et L. Richer, *La présence attentive, mindfulness; État des connaissances théoriques empiriques et pratiques*, Presses de l'Université du Québec, pp. 9-24.
- Grégoire, S., Lachance, L., & Richer, L. (2016). *La présence attentive, mindfulness. État des connaissances empiriques et pratiques*. Presses de l'Université du Québec.
- Grepmair, L., Mitterlehner, F., Loew, T., & Nickel, M. (2007). Promotion of mindfulness in psychotherapists in training: Preliminary study. *European Psychiatry*, 22(8), 485-489.
- Grepmair, L., Mitterlehner, F., & Nickel, M. (2008). Promotion of mindfulness in psychotherapists in training. *Psychiatry Research*, 158(2), 265.
- Grepmair, L., Mitterlehner, F., Rother, W., & Nickel, M. (2006). Promotion of mindfulness in psychotherapists in training and treatment results of their patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 60(6), 649-650.

- Harnett, P., O'Donovan, A., Lambert, M. J. (2010). The dose response relationship in psychotherapy: Implications for social policy. *Clinical Psychologist*, 14(2), 39-44.
- Heeren, A., Douilliez, C., Peschard, V., Debrauwere, L., & Philippot, P. (2011). Cross-cultural validity of the Five Facets Mindfulness Questionnaire: Adaptation and validation in a French-speaking sample. *Revue européenne de psychologie appliquée*, 61(3), 147-151.
- Hersoug, A. G., Monsen, J. T., Havik, O. E., & Hoglend, P. (2002). Quality of early working alliance in psychotherapy: Diagnoses, relationship and intrapsychic variables as predictors. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 71, 18-27.
- Horowitz, J. (2011). *Therapist Mindfulness and Flow in the Clinical Encounter*. Dissertation submitted to the New School for Social Research.
- Horvath, A. O. (2000). The therapeutic relationship: From transference to alliance. *Journal of Clinical Psychology Special Issue: Millenium issue*, 56, 163-173.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) (2017). *Accès équitable aux services de psychothérapie au Québec*. Rapport rédigé par Micheline Lapalme, Brigitte Moreault, Alvine Fansi et Cedric Jehanno. Québec, Qc, 97 p.
- Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) (2012). *Surveillance des troubles mentaux au Québec: prevalence, mortalité et profil d'utilisation des services*. Rapport rédigé par Alain Lesage et Valérie Émond. Québec, Qc, 16 p.
- Johnson, D. A. (2016). *Using structural equation modeling to estimate the relationship between mindfulness and the working alliance among counselors-in-training while controlling for dispositional empathy*. US: ProQuest Information & Learning.
- Joyce, A. S., & Piper, W. E. (1998). Expectancy, the therapeutic alliance, and treatment outcome in short-term individual psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 7, 236-248.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 144-156.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. New York: Delta Trade Paperbacks.
- Kaplan, J. A. (2013). *The impact of therapeutic mindfulness on treatment process and treatment outcome*. US: ProQuest Information & Learning.
- Khoury, B. (2016, novembre). *La pleine conscience: théories, recherches et applications*. Communication présentée dans le cadre du comité de formation continue de psychologie au Saguenay-Lac-Saint-Jean (CFC PSY SAG-LAC), Chicoutimi, Québec. Document inédit.



- Khoury, B., Lecomte, T., Fortin, G., Masse, M., Therien, P., Bouchard, V., Chapleau, M.-A., Paquin, K., & Hofmann, S. G. (2013). Mindfulness-based therapy: A comprehensive meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 33(6), 763-771.
- Khoury, B., Sharma, M., Rush, S. E., & Fournier, C. (2015). Mindfulness-based stress reduction for healthy individuals : A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 78(6), 519-528.
- Krupnick, J. L., Sotsky, S. M., Simmens, S., Moyer, J., Elkin, I., Watkins, J., & Pilkonis, P. A. (1996). The role of therapeutic alliance in psychotherapy and pharmacotherapy outcome: Findings in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 532-539.
- Ladislav, T., & Daragh, K. (2017). The client's perspective on (experiences of) psychotherapy: A practice friendly review. *Journal of Clinical Psychology*, 73(11), 1556-1567.
- Lambert, M. J., & Barley, D. E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 357-361.
- Lambert, M. J., & Ogles, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. Dans M. J. Lambert (Ed), Bergin, & Garfield's. *Handbook of psychotherapy and behavior change (5e ed.)*, (pp. 139-193). New York : Wiley
- Lambert, M. J., & Okishi, J. C. (1997). The effects of the individual psychotherapist and implications for future research. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4, 66-75.
- Lambert, M. J., & Simon, W. (2008). The therapeutic relationship: central and essential in psychotherapy outcome. Dans S. Hicks & T. Bien (Eds.), *Mindfulness and the therapeutic relationship* (pp. 19–33). New York: Guilford.
- Lecomte, C. (2012). La supervision efficace : la primauté du savoir-être. *Psychologie Québec*, 29(3), 28-32.
- Lecomte, C., Savard, R., Drouin, M.-S., & Guillon, V. (2004). Qui sont les psychothérapeutes efficaces? Implications pour la formation en psychologie. *Revue québécoise de psychologie*, 25(3), 73-102.
- Linehan, M. M. (1994). L'acceptation et le changement: La dialectique centrale dans la psychothérapie. *L'acceptation et le changement: contenu et le contexte de la psychothérapie*, 73-90.
- Magid, B. (2002). *Ordinary mind: Exploring the common ground of Zen and psychotherapy*. Somerville, MA, US: Wisdom Publications.

- Martin, D. J., Garske, J. P., & Davis, K. M. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables : A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 438-450.
- May, S., & O'Donovan, A. (2007). The advantages of the mindful therapist. *Psychotherapy in Australia*, 13(4), 46-53.
- McCollum, E. E., & Gehart, D. R. (2010). Using mindfulness meditation to teach beginning therapists therapeutic presence: A qualitative study. *Journal of Marital and Family Therapy*, 36(3), 347-360.
- Nguyen, T. D., Attkisson, C. C., & Stegner, B. L. (1983). Assessment of patient satisfaction: Development and refinement of a service evaluation questionnaire. *Evaluation & Program Planning*, 6, 299-314.
- Orlinsky, D. E., Schofield, M. J., Schroder, T., & Kazantzis, N. (2011). Utilization of personal therapy by psychotherapists: a practice-friendly review and a new study. *Journal of Clinical Psychology*, 67(8), 828-842.
- Padilla, A. (2010) *Mindfulness in Therapeutic Presence: How Mindfulness of Therapist Impacts Treatment Outcome*. Dissertation submitted to The New School for Social Research.
- Pierron, J.-P. (2007). Une nouvelle figure du patient? Les transformations contemporaines de la relation de soins. *Sciences sociales et santé*, 25(2), 43-66.
- Raue, P. J., Goldfried, M. R., & Barkham, M. (1997). The therapeutic alliance in psychodynamic-interpersonal and cognitive-behavioral therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(4), 582-587.
- Reynolds, W. M. (1982). Development of reliable and valid short forms of the Marlowe-Crowne Social Desirability Scale. *Journal of Clinical Psychology*, 38(1), 119-125.
- Richer, L., & Lachance, L. (2016). Effets de la presence attentive sur le fonctionnement du cerveau: Aspects physiologiques, cognitifs, émotionnels, génétiques et neuroanatomiques. Dans S. Grégoire, L. Lachance et L. Richer, *La presence attentive, mindfulness; État des connaissances théoriques empiriques et pratiques*, Presses de l'Université du Québec, pp. 51-67.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21(2), 95-103.
- Rogers, C. R. (1968). *Le développement de la personne*. Dunod.
- Ryan, A., Safran, J. D., Doran, J. M., & Muran, J. C. (2012). Therapist mindfulness, alliance and treatment outcome. *Psychotherapy Research*, 22(3), 289-297.

- Samstag, L. W., Batchelder, S. T., Muran, J. C., Safran, J. D., & Winston, A. (1998). Early identification of treatment in short-term psychotherapy: An assessment of therapeutic alliance and interpersonal behavior. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 7, 126-143.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York, NY, US: Guilford Press.
- Sexton, H. (1996). Process, life events, and symptomatic change in brief eclectic psychotherapy. *Journal of Clinical and Consulting Psychology*, 64, 1358-1365.
- Shankland, R., & André, C. (2014). Pleine conscience et psychologie positive: incompatibilité ou complémentarité? *Revue québécoise de psychologie*, 35(2), 157-178.
- Shapiro, D. H. (1992). A preliminary study of long term meditators: Goals, effects, religious orientation, cognitions. *Journal of Transpersonal Psychology*, 24(1), 23-39.
- Shapiro, S. L., Astin, J. A., Bishop, S R., & Cordova, M. J. (2005). Mindfulness-based stress reduction for health care professionals: Results from a randomized controlled trial. *International Journal of Stress Management*, 12, 164-176.
- Shapiro, S. L., Astin, J. A., Carlson, L., & Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*, 62(3), 373-386.
- Shapiro, S. L., Brown, K. W., & Biegel, G. M. (2007). Teaching self-care to caregivers: effects of mindfulness-based stress reduction on the mental health of therapists in training. *Training and Education in Professional Psychology*, 1(2), 105–115.
- Shapiro, S. L., & Carlson, L. E. (2009). *The art and science of mindfulness: integrating mindfulness into psychology and the helping professions*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Shapiro, S. L., Schwartz, G. E., & Bonner, G. (1998). Effects of mindfulness-based stress reduction on medical or premedical students. *Journal of Behavioral Medicine*, 21, 581-599.
- Siegel, D. J. (2007). *The mindful brain: Reflection and attunement in the cultivation of well-being*. New-York, NY: Guilford Press.
- St-Arnaud, Y. (1999). *Le changement assisté*, Montréal, Gaëtan Morin.
- Stern, D. (2003). *Le moment présent en psychothérapie: Un monde dans un grain de sable*, Paris, Odile Jacob.

- Stuart, B. (2016). Working in the present moment : The impact of mindfulness on trainee psychotherapists' experience of relational depth. *Counselling & Psychotherapy Research*, 16(1), 5-14.
- Sullivan, H. S. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. New York, NY : Norton.
- Valla, J.-P., et al. (1997) *Enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes de 6 à 14 ans : 1992-Volume 1 : Méthodologie*. Montréal, Hôpital Rivière-des Prairies et Santé Québec en collaboration avec le Ministère de la Santé et des Services Sociaux.
- Vallerand, R. J. (1989). Vers une méthodologie de validation trans-culturelle de questionnaires psychologiques: implications pour la recherche en langue française. *Psychologie Canadienne*, 30(4), 662-680.
- Wang, S. J. (2006). *Mindfulness meditation : Its personal and professional impact on psychotherapists*. Unpublished manuscript, Capella University, Minneapolis, MN.
- Wexler, J. (2006). *The relationship between therapist mindfulness and the therapeutic alliance*. Dissertation submitted to Massachusetts School of Professional Psychology.
- Yurdugul, H. (2008). Minimum sample size for Cronbach's coefficient alpha: A Monte-Carlo study. CRONBACH ALFA KATSAYISI İÇİN MİNİMUM ÖRNEKLEM GENİŞLİĞİ : MONTE-CARLO ÇALIŞMASI.

## **Appendice A**

### Approbation éthique



Comité d'éthique de la recherche  
Université du Québec à Chicoutimi

## APPROBATION ÉTHIQUE

Dans le cadre de l'Énoncé de politique des trois conseils : éthique de la recherche avec des êtres humains 2 (2014) et conformément au mandat qui lui a été confié par la résolution CAD-7163 du Conseil d'administration de l'Université du Québec à Chicoutimi, approuvant la Politique d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQAC, le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Chicoutimi, à l'unanimité, délivre la présente approbation éthique puisque le projet de recherche mentionné ci-dessous rencontre les exigences en matière éthique et remplit les conditions d'approbation dudit Comité.

<b>Responsable(s) du projet de recherche :</b>	<i>Madame Annie Ferland, Étudiante Doctorat en psychologie</i>
<b>Direction de recherche :</b>	<i>Madame Claude Émond, Professeure, Département des sciences de la santé</i>
<b>Projet de recherche intitulé :</b>	<i>L'impact de la pleine conscience du psychologue ou du doctorant en psychologie sur l'alliance thérapeutique (Titre utilisé auprès des participants : Étude sur la disposition personnelle du psychologue ou du doctorant en psychologie et l'alliance thérapeutique)</i>
<b>N o référence du certificat :</b>	602.469.01
<b>Financement :</b>	N/A

**La présente est valide jusqu'au 30 avril 2017.**

**Rapport de statut attendu pour le 31 mars 2017 (rapport final).**

N.B. le rapport de statut est disponible à partir du lien suivant : <http://recherche.uqac.ca/rapport-de-statut/>

Date d'émission initiale de l'approbation :	13 mai 2015
Date(s) de renouvellement de l'approbation :	1 <sup>er</sup> mars 2016, 12 septembre 2016

**Nicole Bouchard,**  
Professeure et présidente

## **Appendice B**

### Questionnaires

## Étude sur la disposition personnelle du psychologue ou du doctorant en psychologie et l'AT

### Première passation des psychologues ou des doctorants en psychologie

Nous vous remercions de prendre de votre temps pour compléter ce questionnaire!

À la page suivante, vous aurez accès à des informations détaillées sur l'objectif et le déroulement de cette étude.

Mais auparavant, assurez-vous:

- D'être dans un endroit tranquille où vous ne serez pas interrompu. Ce questionnaire devrait vous demander une trentaine de minutes.
- D'avoir en mains votre code d'accès sécurisé, qui est inscrit dans le courriel que vous avez reçu.

Rappelons que deux montants de 100\$ seront tirés au hasard parmi les participants. Pour être éligible, vous devez compléter ce questionnaire et celui de la deuxième passation, pour lequel nous vous enverrons un courriel dans un mois.

---

### Code d'accès sécurisé

**\* Veuillez entrer votre code d'accès sécurisé:**

Réponse



Ce code est indiqué dans le courriel que vous avez reçu. Il permettra de traiter vos réponses de façon anonyme.

---



## Informations générales

### 1. Êtes-vous de sexe?

- ☐ Féminin
- ☐ Masculin

### 2. Quel âge avez-vous?

Réponse

*Seuls des nombres peuvent être entrés dans ce champ.*

### 3. Êtes-vous psychologue ou doctorant en psychologie?

Cochez la ou les réponses

- ☐ Psychologue
- ☐ Doctorant en psychologie
- ☐ Autres, spécifiez:

### 4. Présentement, quelle est votre situation professionnelle?

Cochez la ou les réponses

- ☐ Pratique privée à temps plein

Faites le commentaire de votre choix ici

:

- ☐ Pratique privée et pratique dans le réseau public

Faites le commentaire de votre choix ici

:

- ☐ Pratique privée à temps partiel

Faites le commentaire de votre choix ici

:

- ☐ Pratique privée et autre occupation / Spécifiez:  
Faites le commentaire de votre choix ici  
:
- ☐ En stage / Spécifiez dans quel milieu (p. ex., clinique universitaire):  
Faites le commentaire de votre choix ici  
:
- ☐ En internat / Spécifier dans quel milieu (p. ex., clinique privée):  
Faites le commentaire de votre choix ici  
:
- Autre / Spécifiez:   
Faites le commentaire de votre choix ici  
:

S'il ne vous est pas demandé de spécifier, vous n'avez pas besoin de remplir la case "commentaire".

##### 5. Quelle approche théorique privilégiez-vous dans votre pratique clinique?

Cochez la ou les réponses

- ☐ Approche cognitivo-comportementale
- ☐ Approche humaniste-existentielle
- ☐ Approche psychodynamique/psychanalytique
- ☐ Approche systémique/interactionnelle
- ☐ Autre :

##### 6. Avec quelle(s) clientèle(s) avez-vous l'habitude de travailler?

Cochez la ou les réponses

- ☐ Enfants
- ☐ Adolescents
- ☐ Adultes

- ☐ Personnes âgées
- ☐ Couples
- ☐ Familles
- ☐ Groupes
- ☐ Autre :

**7. Avec quelle(s) problématique(s) avez-vous l'habitude de travailler?**

Cochez la ou les réponses

- ☐ Violence et abus
  - ☐ Dépendances
  - ☐ Santé physique
  - ☐ Développement / Éducation / Scolarité
  - ☐ Vie conjugale et familiale
  - ☐ Situations difficiles de la vie
  - ☐ Difficultés professionnelles
  - ☐ Difficultés personnelles et interpersonnelles
  - ☐ Expertise devant les tribunaux
  - ☐ Autre :
- 

**Disposition personnelle (FFMQ)**

**Évaluez chacune des propositions ci-dessous en utilisant l'échelle proposée.**

**Cochez le chiffre qui correspond le mieux à ce qui est généralement vrai pour vous.**

	1				5
	Jamais ou très rarement vrai	2 Rarement vrai	3 Parfois vrai	4 Souvent vrai	Très souvent ou toujours vrai
1. Quand je marche, je prends délibérément conscience des sensations de mon corps en mouvement.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Je suis doué(e) pour trouver les mots qui décrivent mes sentiments.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Je me critique lorsque j'ai des émotions irrationnelles ou inappropriées.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Je perçois mes émotions et sentiments sans devoir y réagir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Quand je fais quelque chose, mon esprit s'égare et je suis facilement distrait(e).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Lorsque je prends une douche ou un bain, je reste attentif(ve) aux sensations de l'eau sur mon corps.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	1	2	3	4	5
	Jamais ou très rarement vrai	Rarement vrai	Parfois vrai	Souvent vrai	Très souvent ou toujours vrai
7. Je peux facilement verbaliser mes croyances, opinions et attentes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Je ne fais pas attention à ce que je fais car je suis dans la lune, je me tracasse ou suis de quelconque façon distrait(e).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. J'observe mes sentiments sans me laisser submerger par eux.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Je me dis que je ne devrais pas ressentir mes émotions comme je les ressens.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Je remarque comment la nourriture et les boissons influencent mes pensées, mes sensations corporelles et mes émotions.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Il m'est difficile de trouver les mots qui décrivent ce à quoi je pense.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	1	2	3	4	5
	Jamais ou très rarement vrai	Rarement vrai	Parfois vrai	Souvent vrai	Très souvent ou toujours vrai
13. Je suis facilement distrain(e).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Je crois que certaines de mes pensées sont anormales ou mauvaises et que je ne devrais pas penser de cette manière.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Je prête attention aux sensations, comme le vent dans mes cheveux ou le soleil sur mon visage.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. J'éprouve des difficultés à trouver les mots justes pour exprimer la manière dont je ressens les choses.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Je pose des jugements quant à savoir si mes pensées sont bonnes ou mauvaises.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. J'ai des difficultés à rester centré(e) sur ce qui se passe dans le moment présent.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	1				5
	Jamais ou très rarement vrai	2 Rarement vrai	3 Parfois vrai	4 Souvent vrai	Très souvent ou toujours vrai
19. Lorsque j'ai des pensées ou des images pénibles, je prends du recul et suis conscient(e) de la pensée ou image, sans me laisser envahir par elle.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Je fais attention aux sons, comme le tintement des cloches, le sifflement des oiseaux ou le passage des voitures.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Dans les situations difficiles, je suis capable de faire une pause sans réagir immédiatement.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Lorsque j'éprouve une sensation dans mon corps, il m'est difficile de la décrire car je n'arrive pas à trouver les mots justes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. On dirait que je fonctionne en mode "automatique" sans prendre vraiment conscience de ce que je fais.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Lorsque j'ai des pensées ou images pénibles, je me sens calme peu de temps après.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	1	2	3	4	5
	Jamais ou très rarement vrai	Rarement vrai	Parfois vrai	Souvent vrai	Très souvent ou toujours vrai
25. Je me dis que je ne devrais pas penser de la manière dont je pense.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Je remarque les odeurs et les arômes des choses.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Même lorsque je me sens terriblement bouleversé(e), je parviens à trouver une manière de le transposer en mots.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Je me précipite dans des activités sans y être réellement attentif(ve).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Lorsque j'ai des pensées ou images pénibles, je suis capable de simplement les remarquer sans y réagir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. Je pense que certaines de mes émotions sont mauvaises ou inappropriées et que je ne devrais pas les ressentir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



	1	2	3	4	5
	Jamais ou très rarement vrai	Rarement vrai	Parfois vrai	Souvent vrai	Très souvent ou toujours vrai
31. Je remarque les détails visuels dans l'art ou la nature, comme les couleurs, les formes, les textures ou les patterns d'ombres et de lumières.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32. Ma tendance naturelle est de traduire mes expériences en mots.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33. Lorsque j'ai des pensées ou images pénibles, je les remarque et les laisse passer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34. Je réalise mes travaux ou les tâches automatiquement sans être conscient(e) de ce que je fais.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35. Lorsque j'ai des pensées ou images pénibles, je me juge bon ou mauvais, en fonction de ce que suggère cette pensée/image.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36. Je prête attention à la manière dont mes émotions affectent mes pensées et mon comportement.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	1	2	3	4	5
	Jamais ou très rarement vrai	Rarement vrai	Parfois vrai	Souvent vrai	Très souvent ou toujours vrai
37. Je peux habituellement décrire la manière dont je me sens au moment présent avec des détails considérables.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38. Je me retrouve en train de faire des choses sans y prêter attention.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
39. Je me désapprouve lorsque j'ai des idées irrationnelles.	<input type="radio"/>				

### Disposition personnelle (Marlowe et Crown)

Lisez chaque énoncé et indiquez s'il est vrai ou faux, en ce qui vous concerne.

	Vrai	Faux
1. Je trouve parfois difficile de continuer à travailler si on ne m'encourage pas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Je sens parfois de la rancœur quand je ne peux pas faire les choses à ma façon.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. À quelques occasions, il m'est arrivé de renoncer à ce que j'avais entrepris parce que je ne croyais pas avoir les habiletés nécessaires.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Quelques fois, j'ai eu envie de me rebeller contre des gens qui exercent l'autorité même si je savais qu'ils avaient raison.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Peu importe la personne qui me parle, j'écoute toujours très bien.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Il m'est déjà arrivé de profiter de quelqu'un.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Lorsque je fais une erreur, je suis toujours prêt à l'admettre.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



	1	2	3	4	5	6	7
	Pas du tout	Un peu	Quelque peu	Passablement	Plutôt	Assez	Beaucoup
7. Le patient était confiant que ses efforts mèneront au changement.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Le patient était prêt à faire des sacrifices (ex., de temps).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

[illegible]

[illegible]

	1	2	3	4	5	6	7
	Pas du tout	Un peu	Quelque peu	Passablement	Plutôt	Assez	Beaucoup
étaient faites avec tact et au moment opportun.							
24. Mes interventions ont facilité le travail du patient sur des thèmes saillants.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				

## Étude sur la disposition personnelle du psychologue ou du doctorant en psychologie et l'AT

### Première passation des patients

Nous vous remercions de prendre de votre temps pour compléter ce questionnaire!

À la page suivante, vous aurez accès à des informations détaillées sur l'objectif et le déroulement de cette étude.

Mais auparavant, assurez-vous:

- D'être dans un endroit tranquille où vous ne serez pas interrompu. Ce questionnaire devrait vous demander une quinzaine de minutes.
- D'avoir en mains votre code d'accès sécurisé, qui est inscrit sur la feuille de directives qui vous a été remise par votre thérapeute.


Rappelons que deux montants de 100\$ seront tirés au hasard parmi les participants. Pour être éligible, vous devez compléter ce questionnaire et celui dont votre thérapeute vous parlera dans un mois.

---

### Code d'accès sécurisé

**\* Veuillez entrer votre code d'accès sécurisé:**

Réponse

 Ce code est indiqué dans la feuille de directives que votre thérapeute vous a remise. Il permettra de traiter vos réponses de façon anonyme.



---

## Informations générales

### 1. Êtes-vous de sexe?

- ☐ Féminin
- ☐ Masculin

### 2. Quel âge avez-vous?

Réponse

*Seuls des nombres peuvent être entrés dans ce champ.*

### 3. Quel est votre état matrimonial actuel?

**Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous**

- ☐ Marié(e), y compris en union libre
- ☐ Célibataire
- ☐ Séparé(e) / Divorcé(e)
- ☐ Veuf / Veuve

### 4. Présentement, quelle est votre principale occupation?

**Cochez la ou les réponses**

- ☐ Travail à temps plein
- ☐ Travail à temps partiel
- ☐ Chômage
- ☐ Retraite
- ☐ Études à temps plein

- ☐ Études à temps partiel
- ☐ Études à temps partiel et travail à temps partiel
- ☐ À la maison (entretien de la maison et/ou soins des enfants)
- ☐ Autre :

**5. Quel est votre plus haut niveau de scolarité?**

Cochez la ou les réponses

- ☐ Aucune scolarité
- ☐ Primaire non complété
- ☐ Primaire complété
- ☐ Secondaire non complété
- ☐ Secondaire complété
- ☐ Études collégiales non complétées
- ☐ Études collégiales complétées
- ☐ Certificat universitaire non complété
- ☐ Certificat universitaire complété
- ☐ Baccalauréat universitaire non complété
- ☐ Baccalauréat universitaire complété
- ☐ Maîtrise universitaire non complétée
- ☐ Maîtrise universitaire complétée
- ☐ Doctorat non complété
- ☐ Doctorat complété

**6. Quelle est votre estimation de votre revenu personnel total (avant impôt) au cours des 12 derniers mois?**

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- ☐ Moins de 10 000 \$
- ☐ Entre 10 000 \$ et 19 999 \$
- ☐ Entre 20 000 \$ et 29 999 \$
- ☐ Entre 30 000 \$ et 39 999 \$
- ☐ Entre 40 000 \$ et 49 999 \$
- ☐ Entre 50 000 \$ et 59 999 \$
- ☐ Entre 60 000 \$ et 69 999 \$
- ☐ Entre 70 000 \$ et 79 999 \$
- ☐ Entre 80 000 \$ et 89 999 \$
- ☐ Entre 90 000 \$ et 99 999 \$
- ☐ 100 000 \$ et plus
- ☐ Aucun revenu
- ☐ Ne sais pas

**7. Si vous vivez en couple, quelle est votre estimation de votre revenu de couple total (les deux conjoints réunis avant impôt) au cours des 12 derniers mois?**

**Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous**

- ☐ Moins de 10 000 \$
- ☐ Entre 10 000 \$ et 19 999 \$
- ☐ Entre 20 000 \$ et 29 999 \$
- ☐ Entre 30 000 \$ et 39 999 \$
- ☐ Entre 40 000 \$ et 49 999 \$
- ☐ Entre 50 000 \$ et 59 999 \$
- ☐ Entre 60 000 \$ et 69 999 \$
- ☐ Entre 70 000 \$ et 79 999 \$

- ☐ Entre 80 000 \$ et 89 999 \$
- ☐ Entre 90 000 \$ et 99 999 \$
- ☐ 100 000 \$ et plus
- ☐ Aucun revenu
- ☐ Ne sais pas
- ☐ Ne s'applique pas

**8. Depuis combien de temps êtes-vous en thérapie avec votre thérapeute actuel?**

Réponse

**9. Combien de séances de thérapie avez-vous eues avec votre thérapeute actuel?**

Réponse

séances

*Seuls des nombres peuvent être entrés dans ce champ.*

**10. Avez-vous été en thérapie avec d'autres thérapeutes, à l'exception de votre thérapeute actuel?**

- ☐ Oui
- ☐ Non

**Si oui, à part votre thérapeute actuel, avec combien d'autres thérapeute(s) avez-vous été en psychothérapie?**

Réponse

*Seuls des nombres peuvent être entrés dans ce champ.*

**11. À quelle fréquence rencontrez-vous votre thérapeute actuel (par exemple, une fois par semaine, une fois aux deux semaines)?**

Réponse

**12. Estimez le pourcentage de séances de thérapie où vous avez été présent:**

Réponse

%

*Seuls des nombres peuvent être entrés dans ce champ.*

**13. Rencontrez-vous des difficultés particulières à voir votre thérapeute (par exemple, lieu de rencontre, horaire, etc.)?**

- ☐ Oui
- ☐ Non

**Si oui, précisez la nature des difficultés rencontrées:**

Réponse

**14. Payez-vous des honoraires pour la psychothérapie que vous suivez, ou ces honoraires sont-ils défrayés par une autre source?**

**Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous**

- ☐ Je paie les honoraires
- ☐ Les honoraires sont défrayés par une autre source

- ☐ Autre :

**15. Donnez une brève description des problèmes (ou motifs) qui vous ont amené à demander l'aide de votre thérapeute:**

Réponse

**16. Prenez-vous actuellement un ou des médicament(s) en lien avec vos problèmes ou difficultés psychologiques?**

- ☐ Oui
- ☐ Non

**Si oui, précisez le nom du ou des médicament(s) et/ou la raison pour laquelle vous le(s) prenez:**

Réponse

**17. Depuis le début de vos consultations en psychothérapie, avez-vous vécu un(des) événement(s) stressant(s) (décès d'un proche, perte de travail, séparation, naissance, etc.)?**

- ☐ Oui
- ☐ Non

**Si oui, précisez les événements que vous avez vécus:**

Réponse

---

### État psychologique actuel (SCL-10)

Voici une liste de problèmes dont se plaignent parfois les gens. Lisez attentivement chaque ligne et cochez le numéro qui décrit le mieux à quel point ce problème vous a troublé(e) au cours des sept (7) derniers jours, y compris aujourd'hui.

**Ce problème vous a-t-il troublé(e)?**

	0	1	2	3	4
	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Extrêmement
1. Sentiment de solitude.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Manque d'intérêt pour tout.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Peur des grands espaces ou dans les rues.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Sentiment de faiblesse dans certaines parties du corps.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Avoir le cafard.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Sensation de lourdeur dans les bras et les jambes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Peur de sortir seul(e) de la maison.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Sentiment de tension ou de surexcitation.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Sentiment que vous ne valez rien.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Sentiment de solitude même en compagnie d'autres personnes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>





[illegible]

	1	2	3	4	5	6	7
	Pas du tout	Un peu	Quelque peu	Passablement	Plutôt	Assez	Beaucoup
votre thérapeute non aidants, c'est-à-dire portant à confusion, non à propos ou ne s'appliquant pas à vous?							
10. Avez-vous eu l'impression de travailler en collaboration avec votre thérapeute, unis dans un même effort pour surmonter vos problèmes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Jusqu'à quel point vous êtes-vous senti(e) libre de parler de sujets personnels dont vous avez honte en situation ordinaire ou que vous avez peur de révéler?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Durant cette séance, jusqu'à quel point étiez-vous prêt(e) à continuer à vous débattre avec vos problèmes, même si vous ne pouviez pas trouver une solution immédiate?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				



[illegible]

	1	2	3		4	5	6	7
	Pas du tout	Un peu	Quelque peu		Passablement	Plutôt	Assez	Beaucoup
19. Est-ce que le traitement que vous avez reçu au cours de cette séance correspond à vos idées à propos de ce qui aide les gens en thérapie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Avez-vous eu l'impression de travailler en désaccord avec votre thérapeute, de ne pas avoir la même conception des moyens à prendre pour obtenir l'aide que vous vouliez?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Jusqu'à quel point avez-vous eu confiance en vos propres efforts et en	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	1	2	3	4	5	6	7
	Pas du tout	Un peu	Quelque peu	Passablement	Plutôt	Assez	Beaucoup
ceux de votre thérapeute pour obtenir un certain soulagement face à vos problèmes?							
22. Aviez-vous l'impression d'être incapable d'approfondir votre compréhension de ce qui vous dérange?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Jusqu'à quel point étiez-vous en désaccord avec votre thérapeute sur les points les plus importants à travailler au cours de cette séance?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Jusqu'à quel point votre thérapeute vous a-t- il(elle) aidé(e) à obtenir une compréhension plus approfondie de vos problèmes?	<input type="radio"/>						

**Nous vous remercions de votre participation!**

**Dans quelques semaines, votre thérapeute vous remettra les directives  
pour participer à la deuxième partie de l'étude.**

---

Étude sur la disposition personnelle du psychologue ou du doctorant en  
psychologie et l'AT

**Deuxième passation des psychologues ou des doctorants en  
psychologie**

Nous vous remercions de prendre de votre temps pour compléter ce questionnaire!

Avant de débiter le questionnaire, assurez-vous:

- D'être dans un endroit tranquille où vous ne serez pas interrompu. Ce questionnaire devrait vous demander une quinzaine de minutes.
- D'avoir en mains votre code d'accès sécurisé, qui est inscrit dans le courriel que vous avez reçu.

Rappelons que deux montants de 100\$ seront tirés au hasard parmi les participants. Pour participer au tirage, votre adresse courriel vous sera demandée à la fin du questionnaire.

---

**Code d'accès sécurisé**

**\* Veuillez entrer votre code d'accès sécurisé:**

Réponse



Ce code est indiqué dans le courriel que vous avez reçu. Il permettra de traiter vos réponses de façon anonyme.

---

[illegible]

	1	2	3	4	5	6	7
	Pas du tout	Un peu	Quelque peu	Passablement	Plutôt	Assez	Beaucoup
13. La thérapie s'est déroulé en accord avec l'idée du patient quant au processus de changement aidant.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



[illegible]

	1	2	3	4	5	6	7
	Pas du tout	Un peu	Quelque peu	Passablement	Plutôt	Assez	Beaucoup
21. J'étais engagé à aider le patient et j'avais confiance en la thérapie.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Par moments, il m'était difficile de focaliser sur l'intérêt du patient.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Mes interventions étaient faites avec tact et au moment opportun.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Mes interventions ont facilité le travail du patient sur des thèmes saillants.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### Tirage de deux montants de 100\$

Pour participer au tirage, veuillez entrer votre adresse courriel:

Réponse



Vous serez contacté par courriel si vous êtes l'un des gagnants.

---

## Étude sur la disposition personnelle du psychologue ou du doctorant en psychologie et l'AT

### Deuxième passation des patients

Nous vous remercions de prendre de votre temps pour compléter ce questionnaire!

Avant de débiter le questionnaire, assurez-vous:

- D'être dans un endroit tranquille où vous ne serez pas interrompu. Ce questionnaire devrait vous demander une dizaine de minutes.
- D'avoir en mains votre code d'accès sécurisé, qui est inscrit sur la feuille de directives qui vous a été remise par votre thérapeute.


Rappelons que deux montants de 100\$ seront tirés au hasard parmi les participants. Pour participer au tirage, votre adresse courriel vous sera demandée à la fin du questionnaire.

---

### Code d'accès sécurisé

**\* Veuillez entrer votre code d'accès sécurisé:**

**Réponse**

 Ce code est indiqué dans la feuille de directives que votre thérapeute vous a remise. Il permettra de traiter vos réponses de façon anonyme.

### Informations générales

**1. Combien de séances de thérapie avez-vous eues avec votre thérapeute actuel?**

Réponse  séances

*Seuls des nombres peuvent être entrés dans ce champ.*

**2. À quelle fréquence rencontrez-vous votre thérapeute actuel (par exemple, une fois par semaine, une fois aux deux semaines)?**

**Réponse**

**3. Estimez le pourcentage de séances de thérapie où vous avez été présent:**

Réponse  %

*Seuls des nombres peuvent être entrés dans ce champ.*

**4. Rencontrez-vous des difficultés particulières à voir votre thérapeute (par exemple, lieu de rencontre, horaire, etc.)?**

- ☐ Oui
- ☐ Non

**Si oui, précisez la nature des difficultés rencontrées:**

**5. Prenez-vous actuellement un ou des médicament(s) en lien avec vos problèmes ou difficultés psychologiques?**

- ☐ Oui
- ☐ Non

**Si oui, précisez le nom du ou des médicament(s) et/ou la raison pour laquelle vous le(s) prenez:**

**Réponse**

**Depuis le début de vos consultations en psychothérapie, avez-vous vécu un(des) événement(s) stressant(s) (décès d'un proche, perte de travail, séparation, accouchement, etc.)?**

- ☐ Oui
- ☐ Non

**Si oui, précisez les événements que vous avez vécus:**

**Réponse**

### État psychologique actuel (SCL-10)

Voici une liste de problèmes dont se plaignent parfois les gens. Lisez attentivement chaque ligne et cochez le numéro qui décrit le mieux à quel point ce problème vous a troublé(e) au cours des sept (7) derniers jours, y compris aujourd'hui.

**Ce problème vous a-t-il troublé(e)?**

	0	1	2	3	4
	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Extrêmement
1. Sentiment de solitude.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Manque d'intérêt pour tout.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Peur des grands espaces ou dans les rues.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Sentiment de faiblesse dans certaines parties du corps.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Avoir le cafard.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Sensation de lourdeur dans les bras et les jambes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Peur de sortir seul(e) de la maison.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Sentiment de tension ou de surexcitation.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Sentiment que vous ne valez rien.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Sentiment de solitude même en compagnie d'autres personnes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		













	1	2	3	4	5	6	7
	Pas du tout	Un peu	Quelque peu	Passablement	Plutôt	Assez	Beaucoup
propres efforts et en ceux de votre thérapeute pour obtenir un certain soulagement face à vos problèmes?							
22. Aviez-vous l'impression d'être incapable d'approfondir votre compréhension de ce qui vous dérange?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Jusqu'à quel point étiez-vous en désaccord avec votre thérapeute sur les points les plus importants à travailler au cours de cette séance?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Jusqu'à quel point votre thérapeute vous a-t-il(elle) aidé(e) à obtenir une compréhension plus approfondie de vos problèmes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					

### Tirage de deux montants de 100\$

Pour participer au tirage, veuillez entrer votre adresse courriel:

Réponse

 Vous serez contacté par courriel si vous êtes l'un des gagnants.

---

## **Appendice C**

Formulaires de consentement

**FORMULAIRE D'INFORMATIONS ET DE CONSENTEMENT CONCERNANT LA  
PARTICIPATION DE PSYCHOLOGUES OU DE DOCTORANTS EN PSYCHOLOGIE À UNE  
ÉTUDE SUR LA DISPOSITION PERSONNELLE DU PSYCHOLOGUE ET L'ALLIANCE  
THÉRAPEUTIQUE**

**1. TITRE DU PROJET**

Étude sur la disposition personnelle du psychologue ou du doctorant en psychologie et l'alliance thérapeutique.

**2. RESPONSABLE(S) DU PROJET DE RECHERCHE**

**2.1 Responsable :**

Annie Ferland, étudiante au doctorat en psychologie, Département des Sciences de la Santé, Université du Québec à Chicoutimi.

Adresse courriel : annie.ferland@uqac.ca

Téléphone : 418-817-6678

**2.2 Directrice de recherche :**

Claudie Émond, Ph. D., professeure/directrice du module de psychologie, Département des Sciences de la Santé, Université du Québec à Chicoutimi.

Adresse courriel : Claudie\_Emond@uqac.ca

Téléphone : 418-545-5011 Poste : 5357

**3. PRÉAMBULE**

Nous sollicitons votre participation à un projet de recherche. Cependant, avant de participer à ce projet et de signer ce formulaire d'information et de consentement, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

## **4. NATURE, OBJECTIFS ET DÉROULEMENT DU PROJET DE RECHERCHE**

### **4.1. Description du projet de recherche**

La présente étude porte sur la manière d'être du psychologue ou du doctorant en psychologie et la nature de ses relations professionnelles.

### **4.2. Objectif(s) spécifique(s)**

La présente étude vise à déterminer s'il existe un lien entre la manière d'être du psychologue ou du doctorant en psychologie et la nature de ses relations professionnelles.

### **4.3. Déroulement**

Votre participation consiste à répondre à un questionnaire en ligne (plateforme sécurisée) à deux reprises (délai d'un mois) et à offrir à l'un de vos clients de participer également. La première passation sera d'une durée de 25 minutes et aura lieu entre la troisième et la cinquième rencontre que vous aurez eue avec votre client ou, si ce n'est pas possible, au plus tard avant la huitième séance. La deuxième passation aura lieu dans un mois et sera d'une durée d'environ 10 minutes. Vous serez recontactés pour la deuxième passation. Le questionnaire abordera différents aspects de votre réalité professionnelle, de votre manière d'être et de la nature de vos relations professionnelles.

Pour participer, vous devez satisfaire les critères suivants :

(a) détenir ou mener actuellement une formation de deuxième ou de troisième cycle en psychologie;

(b) travailler à temps partiel ou à temps plein en pratique privée ou être en stage ou en internat dans un milieu privé ou dans une clinique universitaire.

## **5. AVANTAGES, RISQUES ET/OU INCONVÉNIENTS ASSOCIÉS AU PROJET DE RECHERCHE**

Notre expérience de recherche nous suggère qu'il n'y a généralement pas d'inconvénients associés à une participation à ce type d'étude. Les passations pourraient vous permettre de faire progresser votre réflexion sur votre conscience de vous-même et sur le développement de l'alliance thérapeutique avec vos clients.

Par ailleurs, en participant à cette étude, vous contribuerez principalement à l'avancement des connaissances sur l'alliance thérapeutique.



## 6. CONFIDENTIALITÉ DES DONNÉES

Afin de préserver votre identité et la confidentialité de ces renseignements, vous serez identifiés par un code d'accès sécurisé. Vous n'avez pas à donner votre nom. La participation à ce projet est donc complètement anonyme. Vos réponses aux questionnaires seront consignés dans un dossier électronique et seuls les deux chercheurs associés à l'étude y auront accès. Les données de recherche seront conservées de manière sécuritaire jusqu'à la publication de la recherche.

Les données pourront être accessibles grâce à l'essai doctoral, des publications ou communications scientifiques. Aucune publication ou communication scientifique ne renfermera quoi que ce soit qui peut permettre de vous identifier.

## 7. PARTICIPATION VOLONTAIRE ET DROIT DE RETRAIT

Il est entendu que votre participation au projet de recherche décrit ci-dessus est tout à fait volontaire. Vous demeurez libre, à tout moment durant la passation des questionnaires, de ne pas répondre aux questions ou de mettre fin à votre participation sans subir de préjudice de quelque nature que ce soit.

Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse aux questions posées.

## 8. COMPENSATION

Deux montants de 100\$ seront tirés au hasard parmi les participants à l'étude dès la fin de la collecte de données. Pour être admissible au tirage, vous devez compléter ce questionnaire ainsi que celui qui vous sera proposé dans un mois. Vous recevrez un courriel au moment de compléter le second questionnaire.

## 9. PERSONNES-RESSOURCES

Si vous avez des questions concernant le projet de recherche ou si vous éprouvez un problème que vous croyez relié à votre participation au projet de recherche, vous pouvez communiquer avec la responsable du projet de recherche à l'adresse courriel suivante : [annie.ferland@uqac.ca](mailto:annie.ferland@uqac.ca)

Pour toute question d'ordre éthique concernant votre participation à ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec la coordinatrice du Comité d'éthique de la recherche aux coordonnées suivantes : 418-545-5011 poste 4704 ou [cer@uqac.ca](mailto:cer@uqac.ca).

\*

## 10. CONSENTEMENT

### Consentement du participant

J'ai pris connaissance du formulaire de consentement et je comprends suffisamment bien le projet pour que mon consentement soit éclairé. Je suis satisfait des réponses à mes questions et du temps que j'ai eu pour prendre ma décision.

Je consens à participer à ce projet de recherche aux conditions qui y sont énoncées. Je comprends que je suis libre d'accepter de participer et que je pourrai me retirer en tout temps de la recherche si je le désire, sans aucun préjudice ni justification de ma part.

**Veuillez sélectionner une réponse maximum**

- ☐ Oui, je consens à participer à cette étude
- ☐ Non, je ne consens pas à participer à cette étude

**FORMULAIRE D'INFORMATIONS ET DE CONSENTEMENT CONCERNANT  
LA PARTICIPATION DE CLIENTS À UNE ÉTUDE SUR LA DISPOSITION  
PERSONNELLE DU PSYCHOLOGUE OU DU DOCTORANT EN  
PSYCHOLOGIE ET L'ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE**

**1. TITRE DU PROJET**

Étude sur la disposition personnelle du psychologue ou du doctorant en psychologie et l'alliance thérapeutique

**2. RESPONSABLE(S) DU PROJET DE RECHERCHE**

**2.1 Responsable :**

Annie Ferland, étudiante au doctorat en psychologie, Département des Sciences de la Santé, Université du Québec à Chicoutimi.

Adresse courriel : annie.ferland@uqac.ca

Téléphone : 418-817-6678

**2.2 Directrice de recherche :**

Claudie Émond, Ph. D., professeure/directrice du module de psychologie, Département des Sciences de la Santé, Université du Québec à Chicoutimi.

Adresse courriel : Claudie\_Emond@uqac.ca

Téléphone : 418-545-5011 Poste : 5357

**3. PRÉAMBULE**

Nous sollicitons votre participation à un projet de recherche. Cependant, avant de participer à ce projet et de signer ce formulaire d'information et de consentement, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

## **4. NATURE, OBJECTIFS ET DÉROULEMENT DU PROJET DE RECHERCHE**

### **4.1. Description du projet de recherche**

La présente étude porte sur la manière d'être du psychologue ou du doctorant en psychologie et la nature de ses relations professionnelles.

### **4.2. Objectif(s) spécifique(s)**

La présente étude vise à déterminer s'il existe un lien entre la manière d'être du psychologue ou du doctorant en psychologie et la nature de ses relations professionnelles.

### **4.3. Déroulement**

Votre participation consiste à répondre à un questionnaire en ligne (plateforme sécurisée) à deux reprises (délai d'un mois). Ce questionnaire abordera différents aspects de votre contexte de vie actuel (p. ex.: âge, statut marital, symptômes présents, etc.) ainsi que du lien qui existe entre votre thérapeute et vous.

La première passation sera d'une durée d'environ 15 minutes et aura lieu entre la troisième et la cinquième rencontre que vous aurez avec votre thérapeute ou, si ce n'est pas possible, au plus tard avant la huitième rencontre de votre suivi. Votre thérapeute vous a remis une feuille de directives qui vous a permis de vous rendre sur ce site et sur laquelle est inscrit un code d'accès sécurisé que vous devrez entrer pour répondre au questionnaire; assurez-vous de l'avoir en mains.

La deuxième passation sera d'une durée d'environ 10 minutes et aura lieu dans un mois. À ce moment, votre thérapeute vous remettra une nouvelle feuille de directives et un nouveau code d'accès sécurisé.

## **5. AVANTAGES, RISQUES ET/OU INCONVÉNIENTS ASSOCIÉS AU PROJET DE RECHERCHE**

L'expérience de recherches déjà effectuées nous suggère qu'il n'y a généralement pas d'inconvénients associés à une participation à ce type d'étude. Les passations pourraient vous permettre de faire progresser votre réflexion sur la création ou le développement de la relation avec votre thérapeute.

Par ailleurs, en participant à cette étude, vous contribuerez principalement à l'avancement des connaissances sur l'alliance thérapeutique.

## **6. CONFIDENTIALITÉ DES DONNÉES**

Afin de préserver votre identité et la confidentialité de ces renseignements, vous serez identifiés par un code d'accès sécurisé. Vous n'avez pas à donner votre nom. La participation à ce projet est donc complètement anonyme. Vos réponses aux questionnaires seront consignés dans un dossier électronique et seuls les deux chercheurs associés à l'étude y auront accès. Les données de recherche seront conservées de manière sécuritaire jusqu'à la publication de la recherche.

Les données pourront être accessibles grâce à l'essai doctoral, des publications ou communications scientifiques. Aucune publication ou communication scientifique ne renfermera quoi que ce soit qui peut permettre de vous identifier.

## **7. PARTICIPATION VOLONTAIRE ET DROIT DE RETRAIT**

Il est entendu que votre participation au projet de recherche décrit ci-dessus est tout à fait volontaire. Vous demeurez libre, à tout moment durant la passation des questionnaires, de ne pas répondre aux questions ou de mettre fin à votre participation sans subir de préjudice de quelque nature que ce soit.

Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse aux questions posées.

## **8. COMPENSATION**

Deux montants de 100\$ seront tirés au hasard parmi les participants à l'étude dès la fin de la collecte de données. Pour être admissible au tirage, vous devez compléter ce questionnaire ainsi que celui qui vous sera proposé dans un mois. Votre thérapeute vous remettra une nouvelle feuille de directives au moment de compléter le second questionnaire.

## **9. PERSONNES-RESSOURCES**

Si vous avez des questions concernant le projet de recherche ou si vous éprouvez un problème que vous croyez relié à votre participation au projet de recherche, vous pouvez communiquer avec la responsable du projet de recherche à l'adresse courriel suivante : [annie.ferland@uqac.ca](mailto:annie.ferland@uqac.ca)

Pour toute question d'ordre éthique concernant votre participation à ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec la coordinatrice du Comité d'éthique de la recherche aux coordonnées suivantes : 418-545-5011 poste 4704 ou [cer@uqac.ca](mailto:cer@uqac.ca).

\*

## 10. CONSENTEMENT

### Consentement du participant

**J'ai pris connaissance du formulaire de consentement et je comprends suffisamment bien le projet pour que mon consentement soit éclairé. Je suis satisfait des réponses à mes questions et du temps que j'ai eu pour prendre ma décision.**

**Je consens à participer à ce projet de recherche aux conditions qui y sont énoncées. Je comprends que je suis libre d'accepter de participer et que je pourrai me retirer en tout temps de la recherche si je le désire, sans aucun préjudice ni justification de ma part.**

**Veuillez sélectionner une réponse maximum**

- ☐ Oui, je consens à participer à cette étude
- ☐ Non, je ne consens pas à participer à cette étude

## **Appendice D**

Feuilles de directives

## **Directives pour le psychologue ou le doctorant en psychologie – Première passation**

Étude sur la disposition personnelle du psychologue ou du doctorant en psychologie  
et l'alliance thérapeutique

Bonjour,

Nous tenons d'abord à vous remercier de l'intérêt que vous portez à cette étude. Votre aide est précieuse et contribue à l'enrichissement des connaissances dans le domaine de la psychologie. Deux montants de 100\$ seront tirés au hasard parmi les participants dès la fin de la collecte de données. Votre participation à cette recherche est sur une base volontaire. Vos réponses sont totalement confidentielles et anonymes. Seules les principales chercheuses auront accès à vos réponses.

### **Rappel de l'étude**

Nous nous intéressons à certains facteurs qui peuvent influencer la nature des relations professionnelles, notamment la manière d'être du psychologue ou du doctorant en psychologie. Dans le cadre de cette étude, nous avons besoin que des psychologues ou des doctorants en psychologie complètent un questionnaire. Les questions traitent essentiellement de vos pensées et de vos sentiments en regard de votre expérience de la thérapie ainsi que de certains aspects de votre vie actuelle.



### **Directives pour répondre au questionnaire (pour le psychologue ou le doctorant en psychologie)**

Pour participer, il vous suffira de remplir un questionnaire en ligne à deux reprises (intervalle d'un mois) et de proposer à l'un de vos patients de participer au même moment. Votre questionnaire demande une trentaine de minutes, et celui destiné à votre patient une quinzaine de minutes. Il est important que vous le complétiez dans un endroit tranquille où vous ne serez pas interrompu.

Voici les directives spécifiques pour compléter votre questionnaire :

- 1- Dans la barre URL de votre navigateur, entrez l'adresse Internet suivante:  
<http://www.uqac.ca/limesurvey/index.php/775676/lang-fr>
- 2- Cliquez sur le bouton "Suivant".
- 3- Lisez attentivement le formulaire de consentement et cliquez sur le bouton "Oui, je consens à participer à cette étude".
- 4- Entrez le code d'accès sécurisé suivant pour accéder au questionnaire: XXXX

### **Critères d'inclusion pour le client**

Si vous participez à l'étude, vous devez proposer à l'un de vos patients en début de thérapie de compléter lui aussi un questionnaire. Ce patient devra répondre aux critères suivants :

- 1- avoir 18 ans ou plus;
- 2- ne pas avoir une déficience intellectuelle;
- 3- ne pas être actuellement en situation de crise, c'est-à-dire avoir besoin de soins d'urgence ou d'hospitalisation.

4- être entre la troisième et la cinquième rencontre de son suivi\*

**\*Si aucun de vos patients ne répond à ce critère, choisissez un autre patient dont le suivi n'excède pas sept rencontres au moment de la première passation.**

Le questionnaire remplit les exigences du comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Chicoutimi. Aucune question préjudiciable ne sera posée à votre patient.

### **Directives à remettre au patient**

Le fichier joint « Clients – Feuille de directives – Première passation » contient la feuille d'informations et de consignes que vous devez imprimer et remettre au patient qui participe à l'étude. L'objectif de la recherche et la manière d'y participer y sont décrits, vous n'avez pas à lui fournir d'explications supplémentaires. Dans le cas où vous n'auriez pas accès à une imprimante, cette feuille pourra vous être acheminée par la poste à condition d'envoyer votre adresse postale en répondant au présent courriel.

### **Deuxième passation**

Un second courriel vous sera envoyé au moment de la deuxième passation (intervalle d'un mois), contenant à nouveau les directives pour votre patient et vous ainsi que de nouveaux codes d'accès sécurisés. La deuxième passation requiert moins de temps que la première, soit une dizaine de minutes.

Pour toute question relative à cette étude ou à un élément spécifique de votre participation, vous pouvez contacter l'une des chercheuses principales en répondant au présent courriel ou en appelant à ce numéro de téléphone : 418-817-6678.

Les résultats de cette étude pourront vous être transmis dès qu'ils seront disponibles si vous en faites la demande en répondant au présent courriel.

En vous remerciant du temps consacré à cette recherche,

Annie Ferland, candidate au doctorat (D. Ps.) en psychologie à l'Université du Québec à Chicoutimi

### **Directives pour le patient – Première passation**

Étude sur la disposition personnelle du psychologue ou du doctorant en psychologie

## et l'alliance thérapeutique

Bonjour,

Je tiens d'abord à vous remercier de l'intérêt que vous portez à ma recherche. Votre aide est très précieuse au bon déroulement de cette étude. Deux montants de 100\$ seront tirés au hasard parmi les participants.

### **Explication de l'étude**

Je suis étudiante-chercheuse en psychologie à l'Université du Québec à Chicoutimi et je m'intéresse à certains facteurs qui peuvent influencer la nature du lien entre le psychologue ou le doctorant en psychologie et le client, notamment la manière d'être du psychologue ou du doctorant en psychologie. Dans le cadre de cette étude, j'ai besoin que des personnes comme vous, clients en psychothérapie, complètent un questionnaire. Les questions traitent essentiellement de vos pensées et de vos sentiments en regard de votre expérience de la thérapie ainsi que de certains aspects de votre vie actuelle.

Pour participer, il vous suffira de compléter un questionnaire en ligne à deux reprises (intervalle d'un mois). Votre questionnaire ne demande pas plus d'une quinzaine de minutes. Il est important de le compléter dans un endroit tranquille où vous ne serez pas interrompu. Vous devez savoir que votre décision de compléter le questionnaire ne relève que de vous et qu'elle n'affectera en rien votre lien professionnel avec votre thérapeute.

En d'autres mots, vous avez le choix de participer ou non à cette recherche. Vos réponses sont totalement confidentielles et anonymes. Seules les deux chercheuses auront accès à vos réponses. Votre thérapeute ne les verra jamais.

### **Directives pour répondre au questionnaire (pour le client)**

Complétez le questionnaire entre la troisième et la cinquième rencontre de votre suivi. Si cela n'est pas possible, complétez-le au plus tard avant la huitième rencontre de votre suivi.

Voici les directives spécifiques pour accéder au questionnaire :

- 1- Dans la barre URL de votre navigateur, entrez l'adresse Internet suivante:  
<http://www.uqac.ca/limesurvey/index.php/589463/lang-fr>
- 2- Cliquez sur le bouton "Suivant".
- 3- Lisez attentivement le formulaire de consentement et cliquez sur le bouton "Oui, je consens à participer à cette étude" pour accéder au questionnaire.
- 4- Entrez le code d'accès sécurisé suivant pour accéder au questionnaire: **XXXX**

Pour toute question relative à cette étude ou à un élément spécifique de votre participation, vous pouvez me contacter par courriel à cette adresse : [annie.ferland@uqac.ca](mailto:annie.ferland@uqac.ca).

Les résultats de cette étude pourront vous être transmis dès qu'ils seront disponibles si vous en faites la demande à l'adresse courriel précédemment donnée.

En vous remerciant du temps consacré à ma recherche,

Annie Ferland, candidate au doctorat (D. Ps.) en psychologie à l'Université du Québec à Chicoutimi

**Directive pour le psychologue ou le doctorant en psychologie – Deuxième passation**

Étude sur la disposition personnelle du psychologue ou du doctorant en psychologie

## et l'alliance thérapeutique

Bonjour,

Il y a un mois, vous avez participé à une étude portant sur la disposition personnelle du psychologue ou du doctorant en psychologie et l'alliance thérapeutique. Il est maintenant temps de répondre au deuxième questionnaire qui vous demandera une dizaine de minutes, ce qui conclura votre participation à cette recherche et vous donnera accès au tirage de deux montants de 100\$.

Voici les directives spécifiques pour compléter votre questionnaire :

1- Dans la barre URL de votre navigateur, entrez l'adresse Internet suivante:

<http://www.uqac.ca/limesurvey/index.php/689675/lang-fr>

2- Cliquez sur le bouton "Suivant".

3- Entrez ce code d'accès sécurisé suivant pour accéder au questionnaire: **XXXX**

Le second fichier joint « Clients – Feuille de directives – Deuxième passation » contient la feuille de directives que vous devez imprimer et remettre au patient qui participe à l'étude. Rappelons qu'il doit s'agir du même patient qui a participé à la première passation. Vous n'avez pas à lui fournir vous-même les informations dont il a besoin pour participer à cette deuxième passation puisqu'elles se retrouvent sur la feuille de directives.

Dans le cas où vous n'auriez pas accès à une imprimante, cette feuille pourra vous être acheminée par la poste à condition d'envoyer votre adresse postale en répondant au

présent courriel. Dans le cas où le patient qui a participé à la première passation décide de mettre fin à sa participation, vous n'avez pas à demander à un autre de vos patients. Cependant, votre propre participation à la deuxième passation demeure pertinente, que votre patient réponde ou non au questionnaire.

Pour toute question relative à cette étude ou à un élément spécifique de votre participation, vous pouvez contacter l'une des chercheuses principales en écrivant à l'adresse [annie.ferland@uqac.ca](mailto:annie.ferland@uqac.ca)

ou en appelant à ce numéro de téléphone : 418-817-6678.

Les résultats de cette étude pourront vous être transmis dès qu'ils seront disponibles si vous en faites la demande en écrivant un courriel à cette adresse : [annie.ferland@uqac.ca](mailto:annie.ferland@uqac.ca).

En vous remerciant de votre précieuse collaboration,

Annie Ferland, candidate au D. Ps. en psychologie à l'Université du Québec à Chicoutimi

### **Directives pour le patient – Deuxième passation**

Étude sur la disposition personnelle du psychologue ou du doctorant en psychologie  
et l'alliance thérapeutique



Bonjour,

Il y a un mois, vous avez participé à une étude portant sur la disposition personnelle du psychologue ou du doctorant en psychologie et l'alliance thérapeutique. Il est maintenant temps de répondre au deuxième questionnaire qui vous demandera une dizaine de minutes, ce qui conclura votre participation à cette recherche et vous donnera accès au tirage de deux montants de 100\$. Vous devez vous rappeler que votre décision de compléter le questionnaire ne relève que de vous et qu'elle n'affectera en rien votre lien professionnel avec votre thérapeute. Vos réponses sont totalement confidentielles et anonymes. Seuls les deux chercheurs responsables de cette étude auront accès à vos réponses. Votre thérapeute ne les verra jamais.

Voici les directives spécifiques pour compléter le questionnaire :

- 1- Dans la barre URL de votre navigateur, entrez l'adresse Internet suivante:  
<http://www.uqac.ca/limesurvey/index.php/269257/lang-fr>
- 2- Cliquez sur le bouton "Suivant".
- 3- Entrez ce code d'accès sécurisé suivant pour accéder au questionnaire: **XXXX**

Pour toute question relative à cette étude ou à un élément spécifique de votre participation, vous pouvez me contacter par courriel à cette adresse : [annie.ferland@uqac.ca](mailto:annie.ferland@uqac.ca).

Les résultats de cette étude pourront vous être transmis dès qu'ils seront disponibles si vous en faites la demande à l'adresse courriel précédemment donnée.

En vous remerciant de votre précieuse collaboration,

Annie Ferland, candidate au doctorat (D. Ps.) en psychologie à l'Université du Québec à Chicoutimi